

Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n°02. - Paris : Masson, 1936.

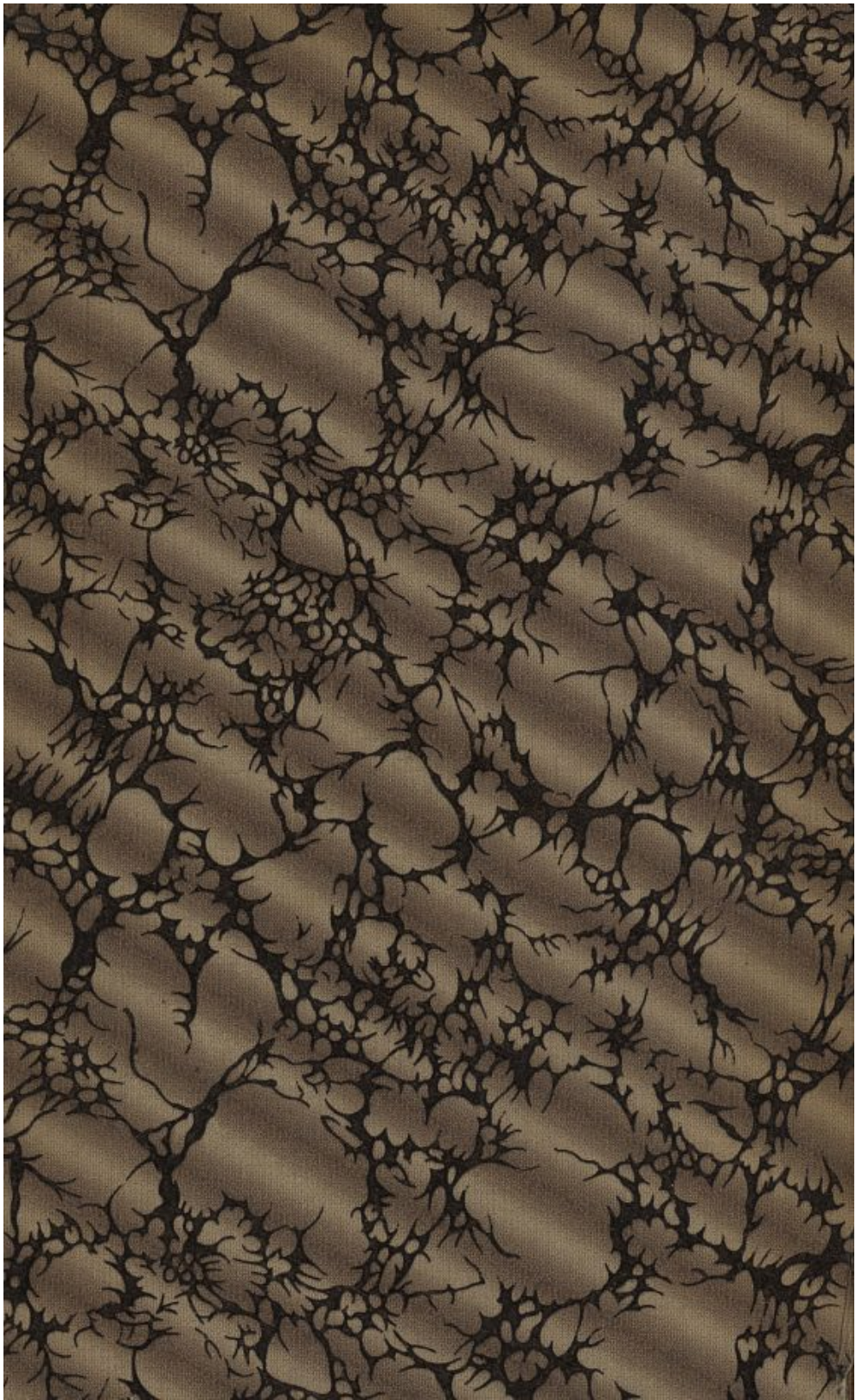
Cote : 90152

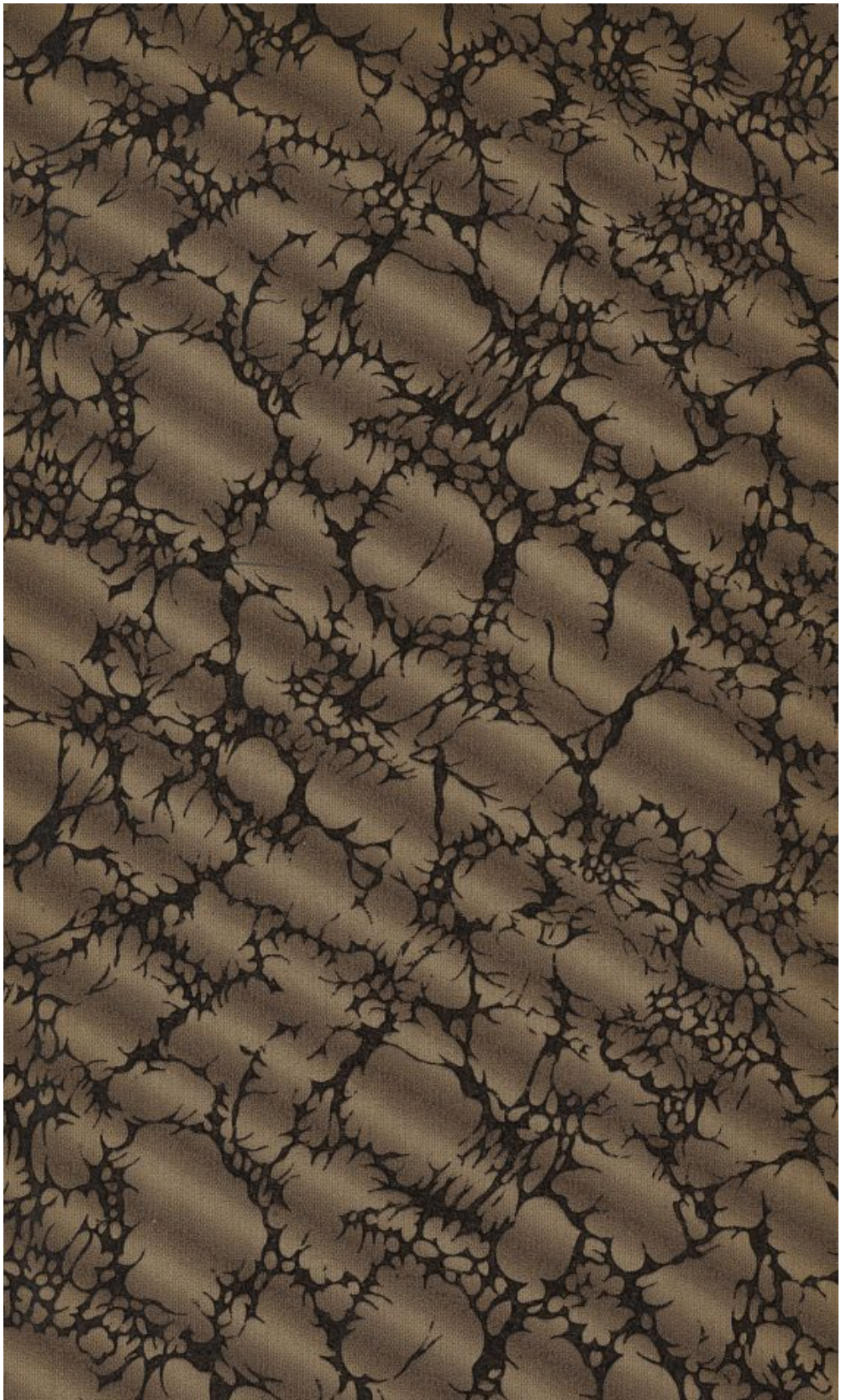
Ayez le respect des Livres

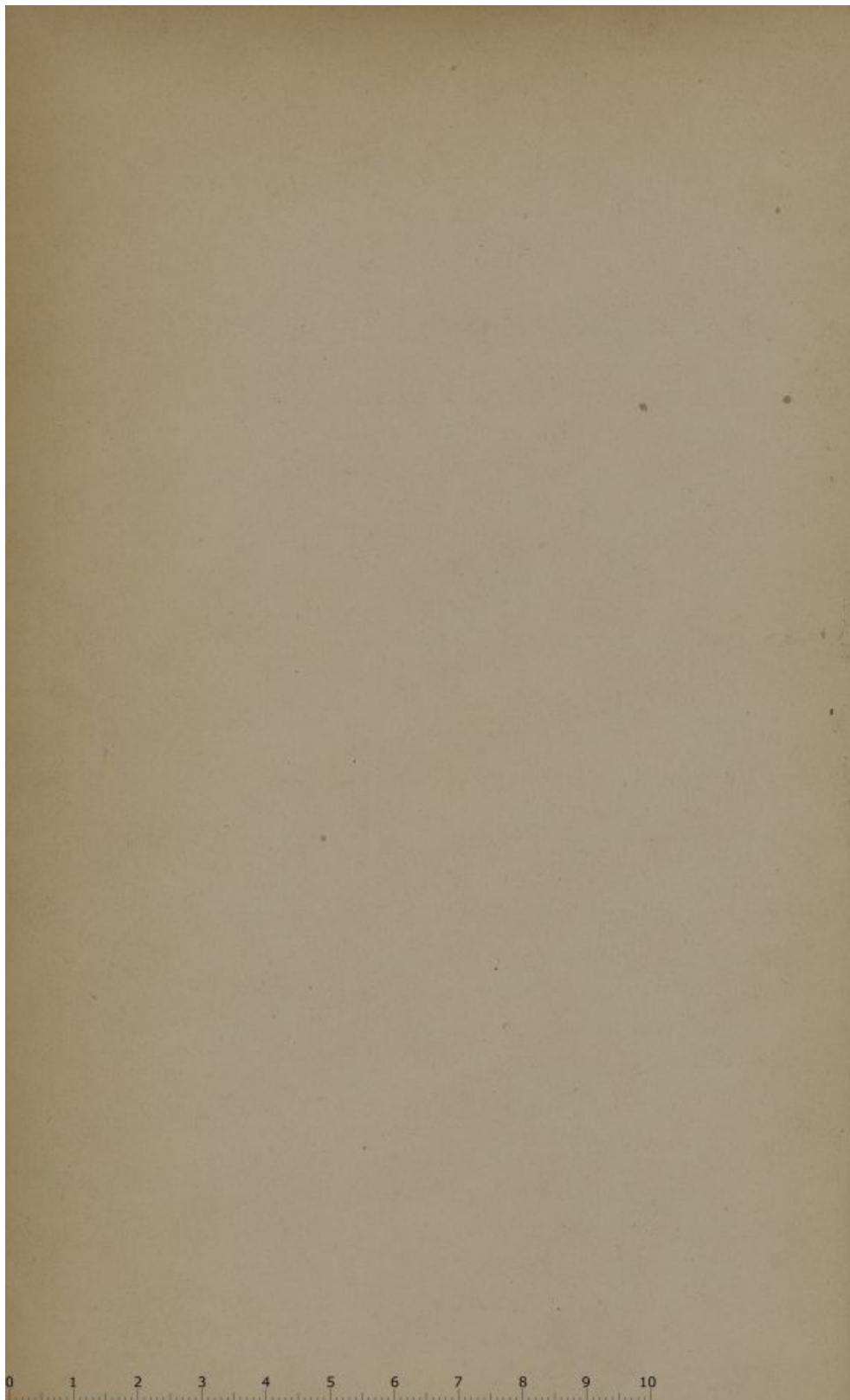
BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

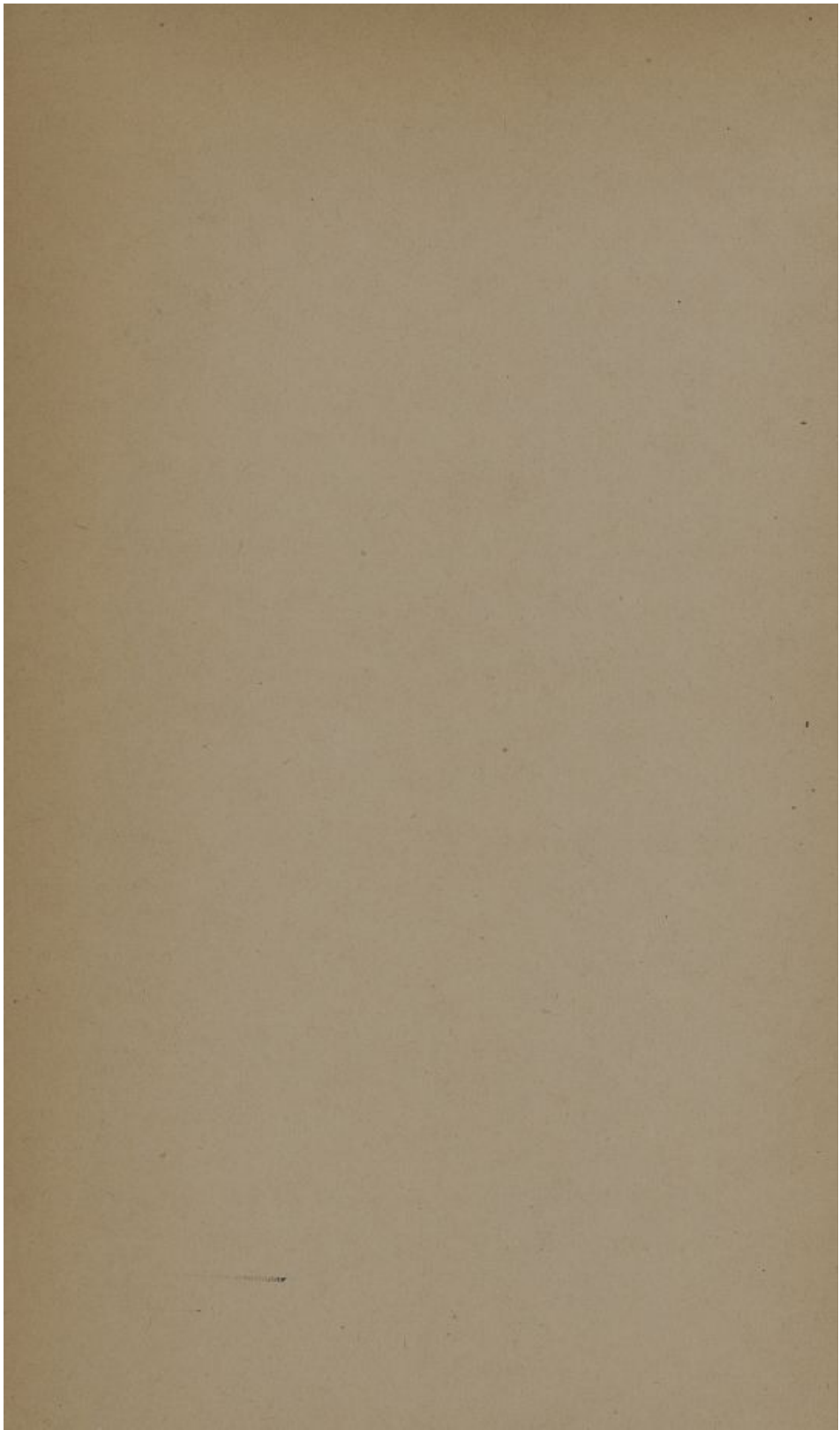
Remettez ce livre à sa place
après consultation







97157



90152

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1936

TOME DEUXIÈME

1.

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

COMITE DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS,
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,
ROQUES DE FURSAC, SÉGLAS, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL,
TOULOUSE, TRUELLE, VERNET.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

XV^e SÉRIE — 94^e ANNÉE — 1936
TOME DEUXIÈME



90152

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

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

RENE CHARPENTIER
J. BAILLARD

MASSON & C^{IE} ÉDITEURS

TABLE DES MATIÈRES

QUINZIÈME SÉRIE - 94^e ANNÉE - TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1936

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Tuberculose et démence précoce. Recherche du virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien et le sang de déments précoces atteints de tuberculose, par M. J. BEERENS.....	1
Les douleurs obsédantes en gynécologie, par MM. L. BOURRAT et R. COCHE.....	23
Le « signe du capuchon » dans la démence précoce, par M. P. OSTANCOW	36
Impulsions au suicide répétées, conscientes et mnésiques, chez un grand épileptique, par MM. J. MIGNARDOT, F. RAMÉE et P. AUBRY.....	44
L'état actuel du syndrome subjectif des traumatismes cranio-cérébraux chez les blessés de la guerre 1914-1918, par M. R. TARGOWLA.....	153
Tempérament et caractère, par M. P. OSTANCOW.....	177
Action vasculaire du scopochloralose. Quelques mécanismes physiologiques de ses effets thérapeutiques dans l'hystérie, par MM. H. BARUK, Mlle CEVAUDAN, R. CORNU et J. MATHEY.....	187
Méthodes spéciales de traitement des maladies mentales, par M. H. ROXO.	195
Le langage intérieur dans l'hallucination psychique, par M. P. JANET..	377
Structure clinique et pathogénie des psychoses exogènes, par I.-G. RAFKIN.....	387
L'insuline comme anaphrodisiaque, par M. R. MIGNOT.....	427
Rêveries d'un visionnaire, par Immanuel KANT. Nouvelle traduction française par MM. W. RIESE et A. REQUET.....	433, 553
Contribution à l'étude de la polypeptidémie en clinique neuro-psychiatrique, par MM. ARFUR, BOUCHER et COULONJOU.....	572
A propos d'un cas d'intoxication oxycarbonée (Discussion du rôle possible des hémorragies méningées tardives dans le déterminisme des psychoses post-intervallaires), par M. J. TITECA.....	595
ANN. MÉD.-PSYCH., 15 ^e SÉRIE. — Tables du Tome II, 1936.	a.

	Pages
Culture et psychopathologie, par M. C. WIZE.....	609
Les tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile, par M. G. HEUYEN et Mlle COURTHIAL.....	745
Les facteurs étiologiques exogènes dans les psychoses maniaque-mélan- coliques particulièrement en connexité avec l'encéphalite épidémi- que chronique, par M. P. DICKMEISS.....	769
Psychose périodique et schizophrénie chez deux sœurs, par MM. G. GASSIOT et J. LECLERC.....	779
Sur un cas de mélancolie associé à un syndrome fruste de Simmonds. Le rôle de l'hypophyse dans certaines dépressions, par MM. Mares CAHANE et T. CAHANE.....	798

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 11 juin 1936

Sept cas de paralysie générale avec confusion et excitation prolongées, par MM. A.-P.-L. BELEY et Ch.-H. NODET.....	55
Un cas de buphtalmie associé à l'idiotie, par MM. BRISOT et DELSUC....	62
Une amoureuse de prêtres par érotisme d'involution présénile chez une paraplégique, par MM. P. COURBON et Ch. FEUILLET.....	65
Paralysie générale sénile et démence organique (ramollissements cérébraux par athérome et ramollissements bulbaires par endarté- rite spécifique), par MM. L. MARCHAND et H. BEAUDOUIN.....	73
Recherches sur l'angle d'impédance dans les maladies mentales (Présentation d'appareils), par MM. X. ABÉLY et P. GUYOT.....	77

Séance du lundi 22 juin 1936

Adoption du procès-verbal.....	86
Correspondance.....	86
Election d'un membre correspondant national.....	87
Election d'un membre associé étranger.....	87
Les aliénés en Europe, par M. H. BERSOT.....	88
Troubles mentaux par hypertention intracrânienne due à une com- pression haute de la moelle, par M. A. DONNADIEU.....	96
Le traitement par l'acétylcholine de certains troubles du caractère de l'enfance à type d'impulsivité, par MM. J. DUBLINER et DORÉMIEUX.....	99
Maladie de Bourneville (sclérose tubéreuse) à caractère familial et congénital avec association de symptômes de neurofibromatose (maladie de Recklinghausen), par MM. L. BABONNEIX, M. BRISOT, MISSET et DELSUC.....	102

Note sur un essai de prophylaxie des délires spirites, par H. CLAUDE et J. CANTACUZÈNE.....	111
Simulation de crises comitiales, par MM. R. ANGLADE et L. VIDARD.....	116

Séance du jeudi 9 juillet 1936

Adoption du procès-verbal.....	210
Ramollissements cérébraux ayant simulé une tumeur cérébrale, par MM. L. MARCHAND, R. ANGLADE et L. VIDARD.....	210
Paraphrénie imaginative (un faux prince de Condé), par MM. H. CLAUDE, P. SIVADON et J. FORTINEAU.....	214
Psychose gémellaire, par G. MM. HEUYER et LONGUET.....	220
Présentation de deux jumelles ; tics encéphalitiques chez l'une, par M. G. HEUYER, Mlles VOGT et LAUTMANN et M. STERN.....	228
Gliome volumineux du lobe frontal droit : confusion mentale avec torpeur intellectuelle, vertiges épileptiques, gâtisme urinaire. Ablation de la tumeur : guérison, par MM. G. PETIT, P. PURCH, BALVET et BAUDARD.....	235
Révélation ou réactivation par l'électroconvulsivité (ondes courtes) des troubles organiques et psycho-organiques chez les psychopathes, par M. G. PETIT.....	241
Efflorescence mentale en rapport avec les événements d'actualité, par MM. H. CLAUDE, P. SIVADON et J. FORTINEAU.....	247
Etat délirant anxieux motivé par les événements sociaux, par MM. R. DUPOUY et M. LECONTE.....	251
Etat de confusion maniaque en rapport avec les événements sociaux actuels, par MM. R. DUPOUY et P. NEVEU.....	253
Psychose maniaque dépressive et hyperplasie hypophysaire, par MM. X. et P. ABÉLY, R. ANGLADE et J. RONDEPIERRE.....	255

*Séance du lundi 26 octobre 1936*1^{re} SÉANCE

Décès de l'Inspecteur général J. RAYNIER.....	466
Décès du Docteur Santin Carlos ROSSI.....	468
Adoption du procès-verbal.....	468
Correspondance.....	468
Election de 3 membres correspondants nationaux.....	469
Election d'un membre associé étranger.....	469
Décès du Docteur Raymond MALLET.....	470

2^e SÉANCE

Sur un cas de pyknolepsie, par MM. L. MARCHAND et J. DELMOND.....	470
Généralement appliqués aux enfants les tests pour la mesure du développement de l'intelligence valent-ils pour les adultes ? par M. Th. SIMON.....	474
Faut-il exprimer en années d'âge le niveau mental d'un adulte ? par Th. SIMON.....	477

	Pages
Aspects de la gliose sous-optique dans ses rapports avec les étapes des syndromes hétérophréniques et leur curabilité, par M. M. DIDE.....	480
Syndrome d'Adie, psychasténie et tuberculose, par MM. J. BOREL et R. DUTOUR.....	485
Démence précoce transformée en mélancolie au cours d'une fièvre typhoïde, par MM. J. BOREL et AYZINMAN	492

Séance du jeudi 12 novembre 1936

Automatisme ambulateur épileptique avec exhibitionnisme, sans concomitants convulsifs, par MM. L. MARCHAND, J. GOLSE et J. DELMOND.....	615
Vagabondage avec condamnation; psychose paranoïde, par MM. J. DELMOND et J. GOLSE.....	618
Les mères, bourreaux de leurs enfants reconnues aliénées, par MM. ROGUES DE FURSAC, X. ABÉLY, FRÉTET et RALU.....	621
Maladie de Parkinson et paraphrénie, par M. G. DAUMÉZON.....	629
Un cas de paralysie générale juvénile, par MM. R. DUPOUY et ROYER....	634
Chronaxies vestibulaires et chronaxies optiques dans deux cas d'hallucinations auditives et un cas d'hallucinations visuelles, par M. G. BOURGUIGNON	637

Séance du lundi 23 novembre 1936

Décès du Docteur Raymond MALLET.....	646
Adoption du procès verbal.....	648
Correspondance.....	648
Election d'un membre correspondant national.....	648
Election d'un membre associé étranger.....	649
Déclaration de vacances de 3 places de membre titulaire.....	649
Le traitement de la schizophrénie par l'insuline, par M. MÜLLER.....	649
L'histopathologie du choc insulinaire, par M. H. SCHMID	658
Le syndrome neurologique du choc insulinaire, par M. H. BERSOT.....	665
Principes et technique de l'insulinothérapie, par MM. P. GUIRAUD et Ch. NODET.....	670
Traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire, par MM. H. CLAUDE et P. RUENOVITCH.....	676
Essais de traitement des affections schizophréniques par la méthode de Sakel, par M. E. BAUER.....	682
Troubles mentaux survenus à la période d'incubation d'une infection paludéenne. Guérison par la quinine, par M. J. TRILLOT.....	698
Action physiologique expérimentale et clinique du scopochloralose. Scopochloralose et bulbo-capnine. Applications à quelques problèmes de la catatonie expérimentale, par MM. H. BARUK et Ch. MASSAUT.....	702

Séance du jeudi 10 décembre 1936

Syndrome de Cotard atypique, par MM. J. CAPGRAS et G. DAUMÉZON.....	806
Un cas de contracture hystérique guérie au bout de 29 ans, par MM. X. ABÉLY et FRÉTET.....	812

	Pages
Uxoricide par échec du suicide collectif conjugal d'un alcoolique, par MM. P. COURBON et J. CHAPOULAUD	819
Diagnostic clinique et examen anatomique d'un cas de maladie de Pick, par MM. P. GUIRAUD et H. EY.....	823
Démence sénile avec méningiome latent, par MM. GOURIOU et SCHERRER.....	831
Tumeur cérébrale probable. Ralentissement psychique extrême. Troubles d'apparence arteriopathique. Long début à type dépressif, par MM. GOURIOU et SCHERRER	835
Tumeur du 3 ^e ventricule à troubles mentaux prédominants, par MM. GOURIOU, GUIRAUD et SCHERRER.....	842
Syndrome cérébelleux avec hypotonie musculaire prédominant aux membres inférieurs. Dissociation albumino-cytologique. Tumeur cérébrale ou infection à virus neurotrope (?) chez une délirante à début puerpéral, évoluant par poussées, par MM. GOURIOU et J.-F. BUVAT.....	848
Astrocytome du lobe frontal gauche et troubles mentaux, par MM. GOURIOU et SCHERRER	851

Séance du lundi 28 décembre 1936

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Adoption du procès-verbal.....	855
Correspondance	855
Election de 3 membres titulaires honoraires	856
Election d'un membre correspondant national	856
Rapport de la commission des finances	856
Bulletin de la Société.....	857
Rapport du Secrétaire général.....	857
Election du Bureau pour l'année 1937.....	859
Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1937.....	860
Conseil d'Administration.....	860
Commission des Finances	860
Prix de la Société Médico-Psychologique	861

SÉANCE ORDINAIRE

Volumineuse tumeur cérébrale et troubles mentaux à début très ancien, par MM. J. RONDEPIERRE et J.-R. CUEL	861
Mort subite au cours de l'alimentation artificielle par la sonde œsophagienne, par MM. TRILLOT, DUCOUDRAY et RAUCOULES	867
Hallucinations visuelles projetées et dessinées chez une délirante chronique, par MM. TRILLOT et DUCOUDRAY	872
Les échanges respiratoires chez les alcooliques après injection d'alcool, par MM. Th. SIMON et DELAVILLE	881
Une chirurgicomane, par MM. H. ROGER, J. ALLIEZ et J.-E. PAILLAS.....	883
La douleur physique dans les états émotionnels et les états mentaux, par M. P. COURBON.....	890

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XV^e Réunion Neurologique Internationale annuelle

(Paris, 26-27 mai 1936)

Rapports

	Pages
La circulation cérébrale, par M. RISER	126
Physiologie de la vasomotricité cérébrale, par MM. M. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, S. de SÈZE et R. CACHERA	130
Pathologie de la circulation cérébrale, par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL	134
Radio-diagnostic de la circulation cérébrale, par M. Egaz MONIZ	138

Communications

Remarques sur les terminaisons voisines vasculaires, par MM. NISSL von MAYENDORF	139
Sinus carotidien et épilepsie. Intervention probable de la vaso-motricité cérébrale dans le mécanisme des crises épileptiques, par MM. G. MARI- NESCO, W. JONESCO-SISESTI et A. KREINDLER	140
A propos des hémorragies sous-arachnoïdiennes, par M. D. FURTADO	140
L'indication opératoire dans les lésions cérébrales d'origine vasculaire, par M. de MORSIER	140
Lésions des toiles choroïdiennes et méningite mésentocéphalique chez certains hébéphréniques, par MM. DIDE et HANON	140
Le rôle de l'œdème cérébral dans le syndrome pâleur-hypertermie, par MM. QUÉNU, ALAJOUANINE, BASCOURT et HORNET	140
Les migraines hémiplegiques, par MM. H. ROGER et J. ALLIEZ	141
Anomalies de l'axe gris de la moelle chez certains hébéphréniques, par M. M. DIDE	141
Sur la combinaison de la paralysie musculaire flasque d'origine cérébrale avec une exagération des réflexes tendineux, par MM. NISSL von MAYEN- DORF	141
L'anatomie de la moelle épinière en coupes longitudinales pluri-segmentai- res. Application à la physiologie et à la clinique, par M. LARUELLE	142
Les chiens sans moelle du P ^r Hermann. Documents anatomo-cliniques, par M. J. DECHAUME	143
Les syndromes déficitaires, par M. J.-A. BARRÉ	144
Le syndrome adipo-génital, par MM. DAVID et PUECH	145

**Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France
et des pays de langue française**

(XL^e session, Bâle, Zurich, Berne, Neuchâtel, 20-25 juillet 1936)

	Pages
Discours inaugural.....	266

Rapports

L'hérédité des affections schizophréniques, par M. W. BOVEN	267
L'hérédité des affections circulaires, par M. A. BROUSSEAU.....	269
Études sémiologique, étiologique et pathogénique des mouvements choréique, par M. J. CHRISTOPHE.....	272
La thérapeutique des psychoses dites fonctionnelles, par M. H.-W. MAIER.....	274

Communications de Psychiatrie

Hérédité des psychoses maniaques dépressives et discordantes, par MM. H. CLAUDE, G. ROUART et G. DESHAIES.....	277
Premiers résultats de quelques investigations généalogiques en Beauce, par MM. J. PICARD et H. EY.....	277
Hérédité précessive et stérilisation eugénique dans la manie, par M. P. SCHIFF et Mlle du TILLET.....	277
Une mère et ses trois fils (maniaques-dépressifs ou schizophrènes ?) simultanément internés, par MM. F. ADAM et O. HANSCH.....	278
Le langage intérieur dans l'hallucination psychique, par M. P. JANET.....	278
La psychologie dynamique de Pierre Janet à nos consultations, par M. L. SCHWARTZ.....	278
Remarques sur la conduite humaine et les psychothérapies, par M. A. LESTCHINSKI.....	278
Considérations sur la pathogénie de l'encéphalite psychosique aiguë. Importance de la réaction cérébrale individuelle, par M. L. MARCHAND.....	278
Valeur diagnostique et pronostique de l'étude quantitative des réagines du sang et du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis du système nerveux, par MM. B. DUJARDIN et J. TITECA.....	279
Les crises de cataplexie en pathogénie mentale, par MM. G. Petit et A. BAUDARD.....	279
L'acide ascorbique dans le liquide céphalo-rachidien des malades mentaux, par M. J. HEERNU.....	279
Amnésie antéro et rétrograde post-traumatique, par MM. MAZHAR OSMAN et H. DILEK.....	280
Projection de dessins d'aliénés et interprétation diagnostique, par M. H. PFISTER.....	280
La folie d'après Erasme et Holbein, par M. P. COURBON.....	280
La cyclothymie de Marat, par M. LÉVY-VALENSI.....	280

Communications de Neurologie

Mouvements athétoïdes et choréiformes chez le fœtus par M. MINKOWSKI...	280
Sur la localisation des lésions de la chorée : à propos de l'hémiballisme, par M. J.-A. BARRÉ.....	281
Mouvements choréiques bilatéraux tardifs au cours de l'évolution d'une tumeur de la région pédonculo-quadrigéminal, par MM. H. ROGER, M. ARNAUD et J. PAILLAS.....	281

	Pages
Chorée chronique avec secousses électriques au cours d'une encéphalopathie infantile hérédo-syphilitique, très améliorée par la malarithérapie, par MM. H. ROGER, J. ALLIEZ et J. PAILLAS.....	281
Chorée et maladie de Vaquez, par MM. P. SCHIFF et AJURIAGUERRA.....	282
La chronaxie dans la chorée de Sydenham, par M. G. BOURGUIGNON.....	282
Aspect anatomique de deux cas de chorée aiguë de Sydenham, par MM. F. LUTHY et HOTZ.....	282
Syndromes striés hyperkinétiques et troubles mentaux, par MM. H. EY et J. PICARD.....	282
Maladie de Huntington et schizophrénie, par M. E. EVBARD.....	283
Un cas d'hyperkinésie généralisée, par M. H. BRUNSCHWEILER.....	283
Le problème des localisations dans le diencephale, par M. W.-R. HESS.....	283
Le rôle moteur des circonvolutions préfrontales, par M. A. ROQUIER.....	283
Les réflexes dorsaux de l'homme, par M. O. VERAGUTH.....	284
Les anomalies du canal de Sylvius et la pathogénie de l'hydrocéphalie, par MM. MAZHAR OSMAN et I. SCHUKRU.....	284
La chronaxie dans les torticollis spasmodiques. Ses variations sous l'influence des éclairages colorés, par MM. G. BOURGUIGNON et M. MONNIER... ..	284
Rigidité catatonique et hypertopies extrapyramidales. Ce qui objectivement les oppose, par M. A. MIR-SEPASSY.....	285
Le syndrome d'Adie en pratique médicale, par M. W. LOFFLER.....	285
Diagnostic précoce de la syphilis cérébrale par la méthode pupillographique, par M. GUILLEREY.....	285
Pupillographie et psychopathie constitutionnelle, par M. O. LÖWENSTEIN..	286
Un cas de parkinsonisme traumatique, par M. G. de MORSIER.....	286

Communications de Thérapeutique

Le traitement des psychoses par la narcose prolongée : sa technique actuelle, ses résultats, par M. M. MONNIER.....	286
Indications et effets de la cure de sommeil, par M. M. BOSS.....	286
Le traitement des toxicomanies par l'insuline, par M. Th. BRUNNER.....	287
Thérapeutique de l'anxiété par la vagotonine, par M. J. HAMEL, M. DESRUELLES et Mme GARDIEN-JOURD'HEUIL.....	287
Opothérapie rénale et délire aigu, par MM. CAPGRAS, Mlle F. JACOB et M.-P. DOUSSINET.....	287
Contribution à l'étude et au développement de la thérapeutique biologique dans les maladies mentales, par M. P. DOUSSINET et Mlle E. JACOB.....	287
Préparations infinitésimales en pratique psychiatrique. (Traitements curateurs et traitements préventifs), par M. P. DOUSSINET et Mlle E. JACOB... ..	288
L'opération des tumeurs intrasellaires par la voie transethmoïdale de Chiari, par M. R. NAGER.....	288
Nouvelle thérapeutique de la névralgie du trijumeau, par M. A. DIMTZA....	289

Communications d'Assistance, Prophylaxie et Médecine légale

Les éléments psychologiques à apprécier dans l'examen mental de l'enfant, par M. J. DUCOUDRAY.....	289
L'examen psychiatrique des enfants et des adolescents à Zurich, par M. J. LUTZ.....	289
Encéphalite épidémique et médecine légale, par M. MAZHAR OSMAN.....	289

XII^e Congrès Belge de Neurologie et de Psychiatrie

(Corbeek-Loo et Bruxelles, 26-27 septembre 1936)

	Pages
Séance solennelle d'ouverture.....	495
Rapport de Psychiatrie	
Les études expérimentales de l'intelligence chez les malades mentaux, par M. Ch. ROUVROY.....	496
Rapport de Neurologie	
Les tumeurs du lobe temporal, par M. L. MASSION-VERNIORY.....	497
Communications	
Existe-il un traitement de déséquilibre mental à réactions antisociales ? par M. L. VERVAECK.....	499
Quelques aspects sociaux des maladies mentales, par M. J. PAGE.....	500
Le traitement de la schizophrénie par l'insuline, par M. H. BERSOT.....	500
Les traitements diacéphalorachidiens, par M. G. BOSCHI.....	500
Etude de la microglie normale chez le singe, par M. A. de WULF.....	500
Le rôle du sevrage alcoolique comme cause occasionnelle de la crise de delirium tremens, par par MM. H. BAONVILLE et J. TITECA.....	501
Quatre observations de maladie de Friedreich avec troubles mentaux, par MM. de SMETH, de WULF, DIJCKMANS et L. VAN BOGAERT.....	501
Réflexions sur une observation anatomo-clinique de chorée de Huntington, par M. de Vos.....	501
Contribution clinique à l'étude de l'encéphalopathie vaccinale, par M. Da- GNELIE.....	501
Hallucinations olfactives dans deux cas de tumeurs du lobe temporal, par M. BRUN.....	501
Troubles cochléo-vestibulaires dans les tumeurs du lobe temporal, par M. BARRÉ.....	502
Spasme de torsion post-encéphalitique. Etude anatomo-clinique, par MM. DIVRY et EVRARD.....	502
Arthrites et arthropathies au cours de la syphilis nerveuse, par MM. DEJARDIN et FRIART.....	502
A propos du parkinsonisme d'origine toxique, par MM. NYSEN et L. van BOGAERT.....	503
Contribution à la sémiologie des mouvements involontaires dans l'épilepsie partielle continue (Kojewnikoff), par MM. R. DELLAERT, E. DE SMETH et L. van BOGAERT.....	503
Trois cas de tumeurs de la région épiphysaire, par MM. van GEUCHTEN et P. CALLEWAERT.....	504
Tumeurs cérébrales multiples et troubles mentaux, par M. LEROY.....	504
Sur une forme particulière de gliomatose périvasculaire, par MM. SCHERRER et de BUSSCHER.....	504
Classification physiologique des écritures ; son utilité en médecine légale, par M. H. CALLEWAERT.....	504

**Groupelement belge d'Etudes
Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales**

	Pages
L'exophtalmie unilatérale. Rapports de MM. Louis de WALSCHÉ.....	905
et Jacques LEY.....	907

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

<i>Séance du jeudi 28 mai 1936.....</i>	119
<i>Séance du jeudi 2 juillet 1936.....</i>	258
<i>Séance du jeudi 5 novembre 1936.....</i>	713
<i>Séance du 3 décembre 1936.....</i>	897

Société française de Psychologie

<i>Séance du jeudi 11 juin 1936.....</i>	122
--	-----

Société de Médecine mentale de Belgique

<i>Séance du 23 mai 1936.....</i>	123
<i>Séance du 27 juin 1936.....</i>	262
<i>Séance du 24 octobre 1936.....</i>	717
<i>Séance du 28 novembre 1936.....</i>	901
<i>Séance du 19 décembre 1936.....</i>	902

Société belge de Neurologie

<i>Séance du 23 mai 1936.....</i>	124
<i>Séance du 28 novembre 1936.....</i>	903

**Groupelement belge d'Etudes Oto-neuro-ophtalmologiques
et Neuro-chirurgicales**

<i>Séance du 27 jui 1936.....</i>	263
<i>Séance du 24 octobre 1936.....</i>	718

VARIÉTÉS

	Pages
Académie de Médecine : Nomination.....	151
— — Prix pour 1936.....	935
Asiles d'Aliénés : Nécrologie.....	149, 353
— — Légion d'honneur.....	150, 544
— — Postes vacants.....	150, 354, 545, 743, 934
— — Médaille d'Honneur des épidémies.....	353
— — Médaille d'Honneur de l'Assistance publique.....	544
— — Nominations.....	354, 544, 933
— — Concours pour 2 postes de Médecin-chef des Asiles de la Seine.....	354
— — Concours de l'internat en médecine des Asiles de la Seine.....	354, 545
— — Création d'un second poste de Médecin-chef à Saint-Alban.....	357
— — Projet d'un Asile public dans l'Indre.....	357
— — Distinctions honorifiques étrangères.....	544
— — Limite d'âge.....	345
— — Bourse de voyage de l'Association amicale des Internes.....	545
— — Concours d'internes en médecine à l'Asile d'Aix.....	743
— — Concours pour 3 places d'interne à l'Asile autonome de Bordeaux.....	744
Assistance : Médaille d'Honneur de l'Assistance publique.....	358
— Inspection générale des Services administratifs.....	358
— Lois sociales et charges nouvelles.....	358, 359
— Cour de Cassation, Correspondance des personnes internées.....	359
— 1 ^{er} Asile à Pékin.....	360
— New-York Hospital Wetchester Division.....	360
— La fondation Rockefeller et la médecine mentale.....	744
Ecole de Préservation de Clermont : Nomination.....	934
Hôpitaux : Hôpital Henri-Rousselle : Nomination.....	934
— Hôpital psychiatrique de Blida : Nomination.....	934
Hygiène et Prophylaxie : « Bureau of Human Heredity ».....	366
— — L'examen médical pré-nuptial facultatif.....	367
— — Conseil supérieur de Prophylaxie criminelle.....	367
— — Hygiène mentale de l'enfance dans le Doubs.....	371
— — Assistance et Hygiène mentale en Hollande.....	371
— — Eugénisme.....	546
— — Prophylaxie de l'enfance anormale.....	549
— — Recherches sur la stérilisation.....	550
— — Castration volontaire des délinquants sexuels en Allemagne.....	550
Législation : Loi de 1936 pour la République et le Canton de Genève pour le régime des personnes atteintes d'affections mentales.....	360
Maisons de Santé : Nécrologie.....	935

	Pages
Prisons : Création d'un Service psychiatrique d'examen et d'observation du Département de la Seine.....	150
Recherches et Enquêtes : Neurological Institute de New-York : influence de la fièvre sur les psychoses.....	152
Service de Santé militaire : Nomination.....	934
Société Médico-Psychologique : Séances..... 149, 353, 543, 743,	933
— — Prix	149, 543
— — Nécrologie.....	543
— — Légion d'Honneur.....	933
Sociétés, Réunions et Congrès : Société brésilienne de Neurologie, Psychiatrie et Médecine légale.....	150
— — Réunion annuelle de la Royal Medico-psychological Association.....	151
— — XII ^e Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie	151
— — IV ^e Réunion européenne d'Hygiène mentale, Londres, 5-8 octobre 1936.....	372
— — II ^e Congrès international d'Hygiène mentale, Paris 19-23 juillet 1937.....	373, 551
— — XLII ^e et XLIII ^e Sessions du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française.....	375
— — I ^{er} Congrès international de Pyrétothérapie, New-York, 30 mars-2 avril 1937.	375
— — Société suisse de Psychiatrie.....	744
— — II ^e Congrès de Neuropathologie et de Psychiatrie de l'U. R. S. S.....	744
Universités : Bruxelles : Chaire de Prophylaxie criminelle.....	376
— — Faculté de Médecine.....	552
— — Lausanne : 2 ^e chaire de Psychiatrie.....	376

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

A

- Acétonémie à forme méningée (José Maria MACERA et Juan Carlos OYHE-NART), 324.
- Acétylcholine (traitement par l') des troubles du caractère de l'enfance (J. DUBLINEAU et DORÉMIEUX), 99.
- Achlorhydrie dans les psychoses avec anémie (Ruby O. STEIN), 539.
- Acidose (réserve alcaline dans l') expérimentale (E. de THURZO et S. KATZENELBOGEN), 325.
- Acromégalie. Etude clinique et biologique (G. GUILLAIN et J. SIGWALD), 261.
- Actes (analyse des) chez l'enfant et niveau humain (MEYERSON), 122.
- Actualité (efflorescence mentale en rapport avec l') (H. CLAUDE, P. SIVADON et J. FORTINEAU), 247.
- , Etat délirant anxieux motivé par les événements sociaux (R. DUPOUY et M. LECONTE), 251.
- (confusion mentale en rapport avec l') (Roger DUPOUY et Paul NEVEU), 253.
- Adie (syndrome d') (W. LOFFLER), 285; (A. SUBIRANA), 314.
- , psychasthénie et tuberculose (J. BOREL et R. DUTOUR), 485.
- Adiposo-génital (le syndrome) (DAVID et PUECH), 145.
- (syndrome) très amélioré par le traitement spécifique (L. BABONNEIX et S. DAUM), 259.
- Administrateur (insuffisance des pouvoirs de l') (Eugène RAIGA), 340.
- Alcool (injections intra-veineuses d') (H.-W. NEWMAN), 921.
- Alcoolique (concept psychiatrique de l'intoxication) aiguë (Robert FLEMING), 724.
- Alcooliques (psychoses). Pathogénie (H. COSACK), 303.
- Algies pelvi-génitales dites névropathiques (René-J. COCHE), 296.
- Aliénation mentale (l') à Madagascar (V.-L. HUOT), 308.
- Aliénés (les) en Europe (H. BERSOT), 88.
- Amnésie antéro et rétrograde post-traumatique (MAZHAR-OSMAN et H. DILEK), 280.
- rétrograde prolongée (H. HOFMANN-BANG), 305.
- Anaphrodisiaque (l'insuline comme) (Roger MIGNOT), 427.
- Anémie pernicieuse (psychoses avec) (Karl M. BOWMAN), 725.
- Angiomatose nerveuse avec calcification crânienne et épilepsie (E.-H. SCHLOETZ), 738.
- Angine de poitrine et syndromes angiospastiques (Ch. ROSENBAUCH), 518.
- Angle d'impédance (l') dans les maladies mentales (Xavier ABÉLY, Paul ABÉLY et Paul GUYOT), 77.
- Anxiété (traitement de l') par la vago-tonine (J. HAMEL, M. DESRUELLES et Mme GARDIEN-JOURD'HEUIL), 287.
- Appétit (action hypoglycémisante de l') (J. PLANELLES et D. LUWISCH), 523.
- Apraxie de construction (E. SONOL), 519.
- Arachnoïdiennes (hémorragies sous-) (Diego FURTADO), 140.
- Arachnoïdite spinale (Nathan SAMUELS), 320.
- (forme rare d') spinale (Carlos BRANDON CARAFFA et MANUEL J. PEIROTTI), 739.
- syphilitique de la grande citerne (DAVID), 900.
- Arachnoïdites (les) opto-chiasmatiques (Th. de MARTEL et J. GUILLAUME), 314.
- Arriération mentale (rapport des familles nombreuses avec l') (Neil A. DAYTON), 306.

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

Arriérés (la natalité chez les) congénitaux (C. BRUGGER), 926.
 Arsénobenzènes (prophylaxie des accidents dus aux) (Jean BÉNECH), 344.
 Artère cérébelleuse (syndrome de l') supérieure (Charles DAVISON, S. Philip GOODHART et Nathan SAVITSKY), 736.
 Ascorbique (l'acide) dans le liquide céphalo-rachidien (J. HEERNU), 279.
 Assistance des malades mentaux chroniques (Pedro ORTIZ RAMOZ), 340.
 — des malades nerveux et mentaux en Suisse (H. BERSOT), 917.
 Associations (les) chez les épileptiques et les schizophrènes (Henri ULRICH), 914.
 Athétoides (mouvements) et choréiformes chez le fœtus (MINKOWSKI), 280.
 Atrophie cérébelleuse syphilitique et syphilis cérébrale (Th. ALAJOUANINE et Th. HORNET), 713.
 Atropine à hautes doses dans les états parkinsoniens (J.-A. CHAVANY), 343.
 — (action de l') sur le système nerveux (V.-V. BRAILOWSKY et N.-G. PONIROWSKI), 539.
 — à hautes doses dans les séquelles encéphaliques (V. ASKGAARD), 931; (G. MARINESCO et E. FAGAN), 931.
 — et belladone dans le parkinsonisme (C. MODONESI), 932.
 Aura (délire de rêve considéré comme) épileptique (Max LEVIN), 529.
 Auras (les) épileptiques psychiques (L. MARCHAND), 529.
 Aurique (psycho-polynévrite à la suite de la thérapeutique) (A.-M. FIAMBERTI), 344.
 Autisme mythomane (Roger FRÉTIGNY), 915.
 Automatisme ambulateur épileptique avec exhibitionnisme (L. MARCHAND, J. GOLSE et J. DELMOND), 615.
 Automatisme mental, syndrome de de Clérambault (Annibal SILVEIRA), 723.
 Autoscopie. Le fantôme du propre corps (E. MENNINGER-LERCHENTHAL), 292.
 Azotémie (valeur clinique de l') (A. HESNARD et BAYLE), 324.

B

Bacterium coli (agglutinations de) chez les schizophrènes (A. BECK, W. OGDEN et M. WHELEN), 923.
 « Baldéisme » (le), nosographie et traitement (Fernando GORRITI), 534.
 Barbiturique (coma). Clinique et thérapeutique (G. CARRIÈRE et Claude HURIEZ), 345.

Barbituriques (intoxications). Physiologie thérapeutique (R. MASSIÈRE et G. BEAUMONT), 345.
 Biradiculaire (nerf) (CORDIER, COULOUA et von VARSEVELD), 920.
 Bulbaires (les ramollissements) (P. HILLEMANT et J. HAMBURGER), 316.
 Bulbe (centre respiratoire du) (Mares et Tatiana CAHANE), 329.
 Bulbo-protubérantielles (douleurs alternes dans les lésions) (Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et A. BRUNELLI), 315.
 Buphtalmie associée à l'idiotie (Brisot et DELSUC), 62.

C

Calcium (le) considéré du point de vue des troubles de la personnalité (J.-J. MICHAELS), 922.
 Cancer pulmonaire (métastase cérébrale du) (ANDERSEN), 719.
 Carbone (métabolisme des hydrates de) chez les malades mentaux (Luigi TELATIN), 324.
 Castration thérapeutique chez les pervers sexuels (A.-W. HACKFIELD), 928.
 Catalepsie (émotions déterminantes des attaques de) (J. LHERMITTE et BINEAU), 715.
 Cataplexie (crises de) (G. PETIT et A. BAUDARD), 279.
 Catatonie expérimentale et centres sensitivo-moteurs (Enrico MONDIO), 329.
 Catatonies (les) toxi-infectieuses (H. BARUK), 301.
 Centres nerveux (voies de conduction des) (E. LEBLANC), 147.
 Céphalée habituelle des écoliers (A.-B. MARFAN), 519.
 Céphalo-rachidien (liquide). Réagines syphilitiques du liquide ventriculaire et lombaire (B. DUJARDIN et P. MARTIN), 124.
 —. Recherche de l'albumine par la méthode de dilution (H. JESSEN), 326.
 —. Cytologie (M. KACZYŃSKI), 327; (H. JESSEN), 916.
 Cérébelleux (syndrome) avec hypotonie musculaire (GOURIOU et J.-F. BUVAT), 848.
 Cerveau (la chimie du) dans l'arriération mentale (W.-R. ASHBY et Ada GLYNN), 328.
 — (préparation du) par congélation (I. KLINGER), 319.
 — (calcification progressive du) (Jacob KASANIN, Dorothy E. NOBLE et Annette C. RIVARD), 919.
 Cerveaux (structure de) d'arriérés (R.-J.-A. BERRY), 919.

- Cervelet (la sécrétion interne du) (Tomasso SENISE), 331.
- Chirurgicomane (une) (H. ROGER, J. ALLIEZ et J.-E. PAILLAS), 883.
- Chorée (les lésions dans la) (J.-A. BARRÉ), 281.
- et maladie de Vaquez (SCHIFF et AJURIAGUERRA), 282.
- aiguë de Sydenham et chorée artériosclérotique. Aspect anatomique (F. LUTHY et HOTZ), 282.
- toxique aiguë (R.-G. GORDON et R.-M. NORMAN), 321.
- Chorée chronique d'origine apparemment rhumatisinale (H. SCHAEFFER, KREBS et LÉGER), 260.
- au cours d'une encéphalopathie infantile améliorée par la malaria-thérapie (H. ROGER, J. ALLIEZ et J. PAILLAS), 281.
- de Huntington et schizophrénie (E. EVRARD), 283.
- de Huntington. Observation anatomo-clinique (de Vos), 501.
- de Huntington chez les jumeaux (Aaron J. ROSANOFF et Leva M. HAN-
DY), 526.
- Chorées (gliose des lobes occipitaux dans les) (Charles DAVISON), 919.
- Choréiques (mouvements). Séméiologie, étiologie et pathogénie (J. CHRISTOPHE), 272.
- (mouvements) dans une tumeur pédonculo-quadrigeminale (H. ROGER, ARNAUD et J. PAILLAS), 281.
- Chronaxie dans la chorée de Sydenham (G. BOURGUIGNON), 282.
- dans les torticolis spasmodiques (G. BOURGUIGNON et M. MONNIER), 284.
- vestibulaire (variations de la) par les agents pharmacodynamiques (M. KACZYNSKI et C. SZCZYTT), 923.
- Chronaxies vestibulaires et optiques dans des cas d'hallucinations auditives et visuelles (Georges BOURGUIGNON), 637.
- Circulation cérébrale (RISER), 126.
- , Pathologie (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 134.
- , Radio-diagnostic (Egaz MONIZ), 138.
- Clinique psychiatrique (travaux de la) de Strasbourg (Ch. BLONDEL, C. PFERSDORFF, C. WEISSHEYER, O. ROTHENHÖFER et Eug. GELMA), 911.
- Cœur (état du) par rapport aux perturbations émotives (J.-C. WHITEHORN, M.-R. KAUFMAN et J.-M. THOMAS), 517.
- Colonne vertébrale (traumas de la) et lésions du système nerveux (Maximilien BIRO), 740.
- Comas barbituriques (traitement des) (Ch. FLANDIN), 928.
- Commotion cérébrale (troubles mentaux consécutifs à une) avec gliome (RADERMAECKER), 719.
- Contact (le) avec la réalité, contact Ego-Cosmos (P.-R. BIZE), 312.
- Contraction volontaire (études piézo-graphiques de la) (H. BARUK, O.-M. GOMEZ et R. ROSSANO), 261.
- Corps calleux et cortex cérébral (F. MAYRI), 735.
- Corps étranger intracérébral (Francisco SALAMERO et José UNIA MARINÉ), 734.
- Cotard (syndrome de) suivi de guérison (Adolfo M. SIERRA et Juan Antonio GUIXA), 305.
- atypique (J. CAPGRAS et G. DAUMÉZON), 806.
- Crampe tonique (RADERMECKER), 903.
- Crâne (fracture de la base du). Intervention tardive (BEAUSSENAT), 347.
- Crimes commis au cours d'un état passager d'aliénation mentale (CARLIER), 263.
- Criminalité, religion et superstition (M. DUVAL), 516.
- Criminologie (utilisation des rayons invisibles en) (C. AINSWORTH MITCHELL), 350.
- Culture et psychopathologie (Casimir WIZE), 609.
- « Cure bulgare » dans les syndromes encéphalítico-parkinsoniens (Osvaldo MECO), 343.
- Cushing (maladie de). Pathogénèse (Frantisek KLEIN et Helena WAGNEROVA-HATRIKOVA), 332.
- , Diagnostic (C. KOSMOLA), 332.
- avec paraplégie spasmodique (G. GIRAUD, J. MARGAROT et P. RIMBAUD), 332.
- Cyclothymie (la) de Marat (LÉVY-VALENSI), 280.
- Cyclothymique (pathologie héréditaire du groupe) (Hans LUXENBURGER), 306.

D

- Débiles mentaux (produits incestueux de trois générations de) (A. LEY), 717.
- Délinquants juvéniles (post-encéphalite chronique chez les) (Matthew MOLLITCH), 350.
- Délire aigu primitif (M. DEROMBES et A. DESCHAMPS), 302.
- Delirium tremens et plaies infectées (Henri DAMAYE), 303.
- par sevrage alcoolique (H. BAONVILLE et J. TITECA), 501.
- Démence précoce (« signe du capuchon » dans la) (P. OSTANCOW), 306.
- (signe du miroir dans la) (P. OSTANCOW), 300.

- (l'hérédité dans la) (A. RODIET et S. QUÉRON), 730.
- et traumatisme (Mariano FONTANA), 730.
- (poussées évolutives de la) et délires des dégénérés de Magnan (G. HEUYER et DUBLINEAU), 730.
- Démence sénile avec méningiome latent (GOURIOU et SCHERRER), 831.
- Déments précoces (le liquide céphalo-rachidien des) (MUYLE), 901.
- Déséquilibre mental à réactions anti-sociales (L. VERVAECK), 499.
- Dessin (le), témoin du développement mental (J. WINTSCH), 727.
- Dessins d'aliénés (H. PFISTER), 280.
- Diabète (désordres mentaux et) (William C. MENNINGER), 526.
- et épilepsie (Marcel LABBÉ), 530.
- insipide et système hypothalamico-hypophysaire (C. FISHER, W.-R. INGRAM et S.-W. RANSON), 925.
- Diacéphalorachidiens (traitements) (G. BOSCHI), 500.
- Diencephale (les localisations dans le) (W.-R. HESS), 283.
- Dinitrophénol (le) en thérapeutique (A.-R. SALMON), 344.
- dans la démence précoce (Isidore FINKELMAN et W. Mary STEPHENS), 344.
- Dystrophie musculaire (hérédité dans la) progressive (L. BALLIF et Mme M. BRIESE), 318.
- Dystrophie osseuse de Morquio (Gaston GIRAUD et Jean-Marie BERT), 738.

E

- Ecriture en miroir (localisation de l') (A. STIEF et M. CSAJAGHY-DANCZ), 519.
- Ecritures (classification physiologique des) (H. CALLEWAERT), 504.
- Electropyrexie chez les psychopathes (G. PETIT), 241.
- Emotions (influence des) sur les fonctions organiques (E. WITTKOWER), 517.
- Emprisonnement (effets de l') (P. CONNILL), 348.
- Encéphalite (l'épidémie d') de Saint-Louis (J. William BECKMANN), 737.
- pneumococcique (L. RIMBAUD, G. ANSELME-MARTIN et H.-L. GUIBERT), 900.
- Encéphalite épidémique et médecine légale (MAZHAR OSMAN), 289.
- chronique. Délire mystico-sexuel (Iacopo NARDI), 304.
- (HOVEN), 901.
- Encéphalite léthargique (de CRAENE), 262.

- Encéphalite psychosique aiguë. Pathogénie (L. MARCHAND), 278.
- (l') aiguë puerpérale (L. MARCHAND, A. COURTOIS et P. SIVADON), 724.
- azotémique. Essai de traitement (M. et T. CAHANE), 929.
- subaiguë (P. TOMESCO et I. CONSTANTINESCO), 929.
- Encéphalitiques (troubles du comportement post-) (Earl D. BOND et Lauren H. SMITH), 725.
- Encéphalographiques (études) dans les maladies mentales (Matthew T. MOORE, David NATHAN, Annie R. ELLIOTT et Charles LAUBACH), 720.
- Encéphalomyélite disséminée, suite de névrite ascendante (ROSS H. THOMPSON), 738.
- Encéphalopathie congénitale (P.R. BIZÉ), 714.
- Encoprésie (psychopathologie de l') (E. GLANZMANN), 729.
- Enfance insuffisante (le mouvement médical pour l') (Georges d'HEUCQUEVILLE), 340.
- maltraitée. Psychopathologie et criminologie (M. SCHAECHTER), 742.
- Enfant (l'). Premières manifestations motrices et mentales (Jean WINTSCH), 296.
- (orientation intellectuelle et professionnelle de l') à l'âge scolaire (G. HEUYER), 927.
- Enfants délinquants (éducation des) dans l'U.R.S.S. (N. SEMACHKO), 350.
- déficients (dépistage des) des écoles primaires (G. Paul-BONCOUR), 927.
- Enurésie (biologie de l') (H. CHRISTOFFEL), 728.
- Epilepsie-myoclonie (J. HEERNU et L. MASSION-VERNIORY), 124.
- (ganglions centraux dans l') (Julio L. HANON), 321.
- Traitement par les vaccins anti-rabiques (NIKOLIC), 341.
- Le « Brolomin », traitement bromobarbiturique (LÉVY-BIANCHINI), 341.
- partielle continue (mouvements involontaires de l') (R. DELLAERT, E. de SMETH et L. van BOGAERT), 503.
- autonome corticale (James W. WATTS et Charles H. FRAZIER), 528.
- (pathogénie, clinique et thérapeutique de l') (F. BRAUN), 528.
- (hémiatrophie faciale associée avec l') (Dorothy E. DONLEY), 530.
- post-malariathérapique (ALEXANDER et J. TITECA), 531.
- réflexe (J. TAS), 531.
- chez des jumeaux identiques (Riley H. GUTHRIE et William M. LEBOVITZ), 532.

- Anatomie pathologique (MIN-KOWSKI), 536.
- et migraine. Hormones œstrogènes (Richard W. WHITEHEAD et Edwin E. Mc NIEL), 542.
- (diète cétogène dans l') essentielle infantile (E. PELAZ), 542.
- (ionisation trans-cérébrale iodurée dans l') (Fausto GUERNER), 542.
- symptomatique des enfants et des adolescents (H. GOLDBLADT et M. FREJER), 728.
- Epileptique (état de mal) par hémorragie méningée dans l'alcoolisme aigu chez un enfant (E. PELAZ), 531.
- Epiphysaire (tumeurs de la région) (van GEUCHTEN et P. CALLEWAERT), 504.
- Epiphyse (connaissances actuelles sur l') (M. SCHACHTER), 924.
- Erotisme d'involution présénile chez une paraplégique (Paul COURBON et Ch. FEUILLET), 65.
- Examen mental des enfants (J. DUCOURDRAY), 289.
- Exophtalmie et maladie de Basedow (Félix TERRIEN), 336.
- unilatérale (L. de WALSCHÉ), 905 ; (Jacques LEY), 907.

F

- Folie (la) d'après Erasme et Holbein (P. COURBON), 280.
- (préjugés sur la) (Nerio ROJAS), 507.
- Folie à deux combinée (Wenceslao LÓPEZ-ALBO), 723.
- Freud et Pavlov (W. DRABOVITCH), 311.
- Friedreich (maladie de) avec troubles mentaux (de SMETH, de WULF, DICKMANS et L. van BOGAERT), 501.
- chez trois frères (L. BALLIF, I. LUNEVSKY et C. URZICA), 737.
- Frigidité (la) féminine (P. HARTENBERG), 527.
- Frontal (syndrome) traumatique (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 123.
- (gliome) droit. Ablation et guérison (G. PETIT, P. PUECH, BALVET et BAUDARD), 235.
- (troubles mentaux dans les tumeurs du lobe) (Israël STRAUSS et Moses KESCHNER), 520.
- (troubles mentaux dans une tumeur du lobe) droit (I. CONSTANTINESCO, BAGDARSOR et D. CONSTANTINESCO), 521.
- (astrocytome du lobe) gauche et troubles mentaux (GOURIOU et SCHERRER), 851.
- (tumeur du lobe) droit intéressant le noyau caudé (Ch. WEISSHEYER), 914.

G

- Gaufridy (Henry MEIGE), 910.
- Gémellaire (psychose) (G. HEUYER et LONGUET), 220.
- Généalogiques (investigations) en Beauce (J. PICARD et Henri EY), 277.
- Gigantisme et acromégalie (G. MARI-NECO, N. JONESCO-SISESTI et G. ALEXIANO-BUTTU), 924.
- Gliomatose périvasculaire (SCHERER et de BUSSCHER), 504, 718.
- Glossolalie (P. DIVRY et VASSART), 123.
- Glucose du liquide céphalo-rachidien (H. REISTRUP), 324.
- Glutathion (taux du) sanguin dans les maladies mentales (A.-T. BRICE), 921.
- Glycémie (réflexes conditionnels et) émotive (M. CAHANE), 323.
- (variations de la) et troubles émotionnels (E.-F. GILDEA, V.-L. MAILHOUSE et D.-P. MORRIS), 922.
- Goitre (le) dans la province de Gènes (Salvatore BAGNASCO), 335.
- Graphologie (Précis de) pratique (C.-mille STRELETSKI), 291.
- Grognements en salve avec hémiplegie (LAIGNEL-LAVASTINE et COCHEMÉ), 258.
- Gynécologie (les douleurs obsédantes en) (L. BOURRAT et R. COCHE), 23.

H

- Habitude (nature et éléments psychiques de l') (A. SPAIER), 535.
- Hallucinations hémianopsiques (R. KLEIN), 304.
- dessinées chez une délirante chronique (THILLOT et DUCOURDRAY), 872.
- Hallucinatoires (les états dits) et le fond mental (Henri CLAUDE), 304.
- Hébéphréniques (lésions choroïdiennes et méningées chez certains) (DIDE et HANON), 140.
- (anomalies de l'axe gris de la moelle chez certains) (Maurice DIDE), 141.
- (syndromes) en rapport avec la gliose sous-optique (Maurice DIDE), 480.
- Héboïdophrénie (l') (EMMA), 730.
- Hématome sous-dural post-traumatique (P. THIÉBAUT, M. DAVID et L. GUILLAUMAT), 716.
- Hémato-méningée (barrière) dans les troubles mentaux (David ROTHSCHILD et C.-N. HAMBERG), 326.
- Hématoporphyrine dans la mélancolie (C.-O. FERRER), 929 ; (C.-O. FERRER et E. BRINGAS-NUÑEZ), 930.
- dans les psychoses (E.-A. STRECKER, H.-P. PALMER et F.-G. BRACELAND), 929.

- Hémiplégie organique de la grossesse (J. BAZAN et Fr. A. URANGA IMAZ), 737.
- Hémispasme facial périphérique. Traitement (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 931.
- Hémorragie cérébrale. Traitement (Rosolono COLELLA et Giuseppe PIZZILLO), 348.
- Hémorragies cérébrales. Physiopathologie (D. PAULIAN et I. BISTRICEANO), 736.
- Hérédité des affections schizophréniques (W. BOVEN), 267.
- des affections circulaires (A. BROUSSEAU), 269.
- des psychoses maniaques dépressives et discordantes (H. CLAUDE, G. ROUART et G. DESHAIES), 277.
- précessive et stérilisation eugénique dans la manie (P. SCHIFF et Mlle du TILLET), 277.
- de quelques maladies mentales (J. KIRSHNER), 338.
- (l') dans les troubles mentaux (HONORIA DELGADO), 721.
- Hexaméthylène tétramine (iodhydrate d') éthanol dans les psychoses toxico-infectieuses (J. HAMEL), 930.
- Hormonale (thérapeutique) intra-rachidienne (A. STIEF-SZEGED), 541.
- Hydrocéphalie (pathogénie de l') et anomalies du canal de Sylvius (MAZHAR OSMAN et I. SCHUKRU), 284.
- post-traumatique (Z. SIENKOWSKI), 735.
- Hygiène mentale au Pérou (Baltazar CARAVEDO), 147.
- (bases scientifiques de l') (A. REPOND), 337.
- et strabisme ou loucherie (Alfred DESLOGES), 338.
- Hyperkinésie généralisée (H. BRUNSCHWEILER), 283.
- Hypertension intracrânienne (syndrome d') ; séquelles lacunaires du crâne avec hernie cérébrale (SUBIRANA), 121.
- Hyperthyroïdisme et réactions biologiques (S. KATZENELBOGEN et Frank H. LUTON), 336.
- (manifestations psychiques associées à l') (Harold F. DUNLAP et Frederick P. MOERSCH), 336.
- Hypophysaire (maigreur et insuffisance ovarienne d'origine) (M. COURCHET), 333.
- (dysostose). Xanthomatose cranio-hypophysaire (L. BONHOMME), 334.
- (cachexie) avec atrophie pituitaire antérieure (L. GUNTHER et C.-B. COURVILLE), 925.
- Hypophyse (hémorragies de l'), de la glande thyroïde et des méninges (Mme B. CERNANTZEANU-ORNSTEIN), 321.
- (modifications de l') après lésion du centre génital infundibulaire (Mares et Tatiana CAHANE), 333.
- et glandes mammaires (R. RIVOIRE), 333.
- et surrénales (R. RIVOIRE), 333.
- et parathyroïdes (R. RIVOIRE), 334.
- et pancréas (R. RIVOIRE), 334.
- (tumeurs de l') sans troubles visuels (PUECH), 900.
- (l') en psychiatrie infantile (H. BRANTMAY), 925.
- Hypothalamiques (hypothermie dans les lésions) (Charles DAVISON et N.-E. SELBY), 315.
- Hystérie (l') (Henri Ey), 532.
- (l'), mode de réaction psychique (H. CODET), 533.
- (cas d') (L. BALLIF et Zoé CAHAMAN), 533.
- (état de la question de l') (J. FROMENT), 716.
- Hystérique (contracture) guérie au bout de 29 ans (Xavier ABÉLY et FRETET), 812.
- Hystériques (confessions sincères d') (BOISSEAU), 717.

I

- Ictus (l') et la paralysie générale (P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO), 523.
- Imaginatifs (délires) dans la désagrégation psychique (Jean EDERT), 509.
- Impaludation (histoire de l') en Alsace (E. GELMA et J. FEISSEN), 342.
- Infinitésimales (préparations) en pratique psychiatrique (P. DOUSSINET et Mlle E. JACOB), 288.
- Inhibition psychique avec conséquences médico-légales (O. ROTHENHÖFER), 918.
- Inspirés et théomanes (J. LÉVY-VALENSI), 722.
- Insuline (hypoglycémie par l') (William DAMESHEK, Abraham MYERSON et Caroline STEPHENSON), 323.
- (traitement de la schizophrénie par l') (H. BERSOT), 500 ; (MÜLLER), 649.
- Traitement des affections schizophréniques par la méthode de Sakel (E. BAUER), 682.
- Insulinique (histopathologie du choc) (H. SCHMID), 658.
- (syndrome neurologique du choc) (H. BERSOT), 665.
- (traitement de la schizophrénie par le choc) (H. CLAUDE et P. RUBENOVITCH), 676.
- Insulinothérapie (principes et technique de l') (P. GUIRAUD et C.-H. NODDET), 670.

Intelligence (études expérimentales de l') chez les malades mentaux (Ch. ROUVROY), 496.
 Interférométrie (séro-) endocrinienne (LAIGNEL-LAVASTINE), 337.
 Internement simultané d'une mère et de ses trois fils (F. ADAM et O. HANSCH), 278.
 Interprétation (délire d') (NEVES), 263.
 Intrasellaires (opération des tumeurs) par la voie ethmoïdale (R. NAGER), 288.
 Irido-parotidite (aspects neurologiques de l') (Paul M. LEVIN), 735.
 Irréalité (le sentiment d') (Joseph C. YASKIN), 305.
 Ivresse alcoolique (H. BINDER), 302.

J

Jalousie (interprétations psychanalytiques de la) (Gonzalo R. LAPORA), 535.

K

Kyste hydatique intra-dural (BRANDON CARAFFA et R. PUCHETA MORCILLO), 735.

L

Langage intérieur dans l'hallucination psychique (P. JANET), 278, 377.
 Leucopénie réactive dans divers états psychopathiques (Erick GOLDKUHL), 325.
 Lèvre supérieure (réflexe nouveau de la) (L. STERLING et Mme I. KIPMAN), 734.
 Liberté morale (l'idée de) (Ch. LEURIDAN), 298.
 Lindau (maladie de). Angiomasose nerveuse centrale et rétinienne (F. LOTMAR), 314.
 Lipides du sang dans les maladies mentales (H. CLAUDE, J. DUBLINIAU et Mlle BONNARD), 323.
 Lipodystrophie progressive (L. BARRAQUER-FERRÉ), 926.

M

Maladies mentales (méthodes spéciales de traitement des) (Henrique Roxo), 195.
 — (fonctions rénales et chlorurémie dans les) (A. TOMASINO), 322.

— (aspects physiques des) (Gregory ZILBOORG), 726.
 — (théories de Bancroft sur les) (P.-G. SCHUBE), 921.
 Malaria (influence des groupes sanguins dans l'inoculation de la) (Irving M. DERBY), 342.
 Manganèse (traitement par le) dans l'encéphalite épidémique (V.-J. DEIANOW), 932.
 Maniaco-mélancoliques (facteurs étiologiques exogènes dans les psychoses) (P. DICKMEISS), 769.
 Maniaque-dépressive (psychose) et hyperplasie hypophysaire (X. et P. ABÉLY, R. ANGLADE et J. RONDEPIERRE), 255.
 Médecine contemporaine (tendances de la) (P. DELORE), 514.
 Mélancolie avec syndrome fruste de Simmonds (Mares et Tatiana CAHANE), 798.
 Mélanoblastome (métastase cérébrale d'un) (H. ROGER, H. MONGES, J. PAILLAS et A. JOUVE), 120.
 Mémoire (la) affective (E. SIGNORET), 535.
 Méningé (diagnostic de l'obstruction du sac) médullaire par le signe douloureux cervical (L. JABUREK), 739.
 Méningiome de la base avec troubles démentiels prédominants (H. BAONVILLE, P. DIVRY et J. TITECA), 125.
 — intra-ventriculaire (R. LEY), 125.
 Méningococcémie (la) (Stanislas de SEZE), 313.
 Mères, bourreaux de leurs enfants, reconnues aliénées (ROQUES de FURSAC, X. ABÉLY, FRETET et RALU), 621.
 Mescaline (expériences avec la) (Ag. MÖLLER), 538.
 Mésocéphale (système vésiculeux parasympathique du) (Maurice DIDE et Mlle Adrienne BAUDUIN), 121.
 Métabolisme hydrocarboné, lésions hypothalamiques et stimulation du système nerveux automatique (Loyal DAVIS, David CLEVELAND et W.-R. INGRAM), 334.
 — basal chez les malades mentaux (Joaquim ALIER-GOMEZ), 328.
 Métacontrast (processus du) (H. PRÉRON), 535.
 Microglie normale chez le singe (A. de WULF), 500.
 Migraine. Pathogénie et traitement (L. WANDER), 345.
 —. Traitement causal de l'accès aigu (Erik GOLDKUHL), 345.
 Migraines hémiplegiques (Henri ROGER et Joseph ALLIEZ), 141.
 Migraino-tétanique (syndrome) avec symptômes de grande hystérie (M. WOLF et W. STEIN), 532.

- Mineurs épileptisants (actes antisociaux des) (Gilbert BOUCHARD), 298.
- Moelle épinière (compression de la). Troubles mentaux par hypertension intracrânienne (A. DONNADIEU), 96.
- (anatomie de la) en coupes longitudinales plurisegmentaires (LARRUELLE), 142.
- , Ablation chez le chien (Jean DECHAUME), 143.
- , Le « signe du coup de frein », index sphinctérien de la moelle terminale (C.-H. PIERSON), 318.
- (la vie sans) (H. HERMANN), 512.
- Mongolisme et syphilis congénitale (L. BABONNEIX), 521.
- Mongoloïdisme. Anatomie et pathologie (W. STEFKO et L. IVANOWA), 321.
- Mouvements involontaires (ALAJOUANINE et THUREL), 716.
- Musique (effets physio-pathologiques de la) (S. SCHÖNAUER), 540.
- Myélite transverse ascendante (E. BEHR et J. WUITE), 740.
- , cécité (DUJARDIN), 903.
- Myopathies primitives. Traitement (Hans H. REESE, E. Murray BURNS et Carol M. RICE), 348.
- Myxœdème (manifestations nerveuses et mentales du) (Harry Lee PARKER), 335.
- (psychoses du) (Louis J. KARNOSH et Richard E. STOUT), 335.

N

- Narcolepsie (le problème de la) (B. BORNSTEIN), 523.
- Narcolepsie prolongée dans le traitement des psychoses (M. MONNIER), 286.
- Négation (délires de) systématisés (Iacopo NARDI), 305.
- Neuro-anémique (syndrome) (Louis RAMOND), 526.
- Neuro-chirurgical (diagnostic). Iodoventriculographie (Manuel BALADO et Ramon CARILLO), 313.
- Neuro-hématiques (syndromes) (H. ROGER et J. OLMER), 510.
- Neurologie (étapes de la) dans l'antiquité grecque (A. SOUQUES), 505.
- Neuromyéélite aiguë d'Austregesilo (Paulo PINTO PUPO), 741.
- Neuromyérites épidémiques aiguës et subaiguës au Brésil (A. AUSTREGESILO et A. BORGES FORTES), 741.
- Neuro-psychique (spécificité des affections de la sphère) dans les intoxications (A.-M. VEGER), 524.
- Neurosyphilis congénitale (L. van BOGAERT), 522.

- Neurosyphilitique (paralysie) juvénile (William C. MENNINGER), 522.
- Névralgie du plexus lombaire après un effort (SOUQUES), 897.
- Névrite interstitielle hypertrophique (Walter F. SCHELLER et Henry W. NEWMANN), 319.
- hypertrophique et progressive (I.-J. TARESSIEWITCH et W. MICHEJEW), 920.
- Névrose (psychanalyse, neuro-endocrinologie et hérédopathologie de la) (L. SZONDI), 533.
- Névroses (Jean VINCHON), 507.
- Niveau mental (expression en années d'âge du) de l'adulte (Th. SIMON), 477.
- Noyau rouge (syndrome de la région du) (BARRÉ, CHARBONNEL et UBERSCHLAG), 258.
- Nystagmus vélo-palatin après lésion du faisceau central de la calotte (G. MARINESCO, N. JONESCO-SISESTI et Th. HORNET), 715.
- du voile du palais (P. HILLEMAND, J.-A. CHAVANY et O. TRELLES), 920.

O

- Obsession (le terrain organique de l') (Raymond MALLET), 720.
- Occipital (physiologie du lobe) (H. URBAN), 329.
- Oligophrènes (le dépistage précoce des) (J. WINTSCH), 728.
- Oligophrénie (la tête pençante symptôme d') (R. LOMBARDO), 307.
- Ophtalmoplégie totale due à un cylindre (J. DAGNELIE et L. van der HEIREN), 263.
- Opothérapie rénale et délire aigu (CAPGRAS, Mlle E. JACOB et M.-P. DOUSINET), 287.
- Optiques (gliome primitif des nerfs) (L. van BOGAERT et P. MARTIN), 264.
- (voies) chez l'homme (Wilder PENFIELD, Joseph P. EVANS et J.-A. Mac MILLAN), 320.
- Orientation professionnelle (caractère de l'enfant et) (H. WALLON), 309.
- Oxycarbonée (intoxication) (J. TITECA), 595.
- Oxycéphalie (MUYLE et THIENPONT), 901.

P

- Paget (maladie de). Compression médullaire (PETIT-DUTAILLIS), 261.
- avec syndrome neurologique (GARCIN, VARRAY et HADJI-DIMO), 899.

- Pâleur-hyperthermie (syndrome).** Rôle de l'œdème cérébral (QUÉNU, ALAJOUANINE, BASCOURT et HORNET), 140.
- Palliogramme.** Recherches de localisation sur le cortex cérébral (d'HOLLANDER et STOFFELS), 903.
- Paludéenne (troubles mentaux de l'incubation d'une infection) guéris par la quinine (Jean TRILLOT), 698.**
- Papillaire (stase) et papillite (Elias SELINGER), 328.**
- Paralysie musculaire flasque d'origine cérébrale avec exagération des réflexes tendineux (NISSL von MAYENDORF), 141.**
- Paralysie générale avec confusion et excitation prolongées (André-P.-L. BELEY et Ch.-Henri NODET), 55.**
- sénile et démence organique (L. MARCHAND et H. BEAUDOUIN), 73.
- (histoire de la) (Alba COEN BERNUMFANTE), 307.
- (la) chez l'indigène de Cochinchine (M.-P. DOROLLE), 308.
- et maladie de Raynaud (M. DEREVICI et L. SMLOVICI), 527.
- juvénile (Roger DUPOUY et Jean ROYER), 634.
- (clinique et psychologie de la) juvénile (GROTHJAHN), 731.
- (l'hallucinoïse dans la) (E. IRAZOQUI VILLALONGA), 732.
- (statistiques sur la) (B. RODRIGUEZ ARIAS et Carlos RODRIGUEZ-CUEVILLAS), 732.
- Paranoïa et homosexualité (Angel GARMA), 536.**
- caractérogène (P.-J. REITER), 722.
- précoce (Jacques ROUBINOVITCH), 723.
- Paranoïde (syndrome) chez un débile mental (GUILMOT), 262.**
- Paraphrénie imaginative (un faux Prince de Condé) (H. CLAUDE, P. SIVADON et J. FORTINEAU), 214.**
- Parathyroïdectomie unilatérale dans la maladie de Parkinson (L. CORNIL, J. PAOLI et J. ALLIEZ), 343.**
- Parathyroïdienne (influence de l'hormone) sur la cicatrisation des plaies (M. CAHANE), 335.**
- Parkinson (maladie de) et paraphrénie (G. DAUMEZON), 629.**
- Parkinsonien (syndrome) d'origine syphilitique (COSSA, DUGUET, EMOND et PUECH), 121.**
- post-traumatique (Walter L. BRUETSCH et Murray de ARMAND), 523.
- Parkinsoniens (syndromes) d'origine syphilitique (Georges GUILLAIN), 523.**
- Parkinsonisme traumatique (G. de MORSIER), 286; (Mathieu-Pierre WEIL et Victor OUMANSKY), 898.**
- d'origine toxique (NYSSEN et L. van BOGAERT), 503.
- Pellagriques (psychoses) (E.-G. GOBRO-NIDZE), 525.**
- Pénitentiaires (psychoses) (OLIVIERI), 262.**
- Périodique (psychose) et schizophrénie chez deux sœurs (G. GASSIOT et J. LECLERC), 779.**
- Perméabilité méningée (expériences de) (L. ANZALDI), 537.**
- Persécutés psychoneurasthéniques; réactions criminelles (Henri DAMAYE), 350.**
- Persévération (Kenneth H. ROGERS), 299.**
- et caractère (Raymond B. CATTELL), 299.
- pH urinaire.** Modification sous l'influence de la douleur (R. NYSSEN et J. BEERENS), 125.
- Action de l'hydrothérapie (R. DUBOIS et M. DOGNY), 347.
- Phénolsulfophtaléine en injections intrarachidiennes (Luigi CABITTO), 346.**
- Phobie infantile (genèse et guérison d'une) (WESTERMAN-HOBSTIN), 718.**
- Pick (maladie de). Clinique et anatomie (P. GUIRAUD et Henri Ey), 823.**
- Pinéale (tumeur gliale de la glande) (H. SCHAEFFER), 331.**
- (la glande) dans l'état gravidique (Vittorino DESOGUS), 331.
- Polioencéphalite subaiguë (MONIER-VINARD et BRUNEL), 260.**
- Polynévrite après intoxication par le gaz d'éclairage (Drago SARNÉ), 525.**
- arsénicale et syphilitique (W. LÓPEZ ALBO), 742.
- Polynévrites dites « toxiques » (A. TZANCK, PAUTRAT et H.-P. KLOTZ), 319.**
- (le liquide céphalo-rachidien dans les) (Jorgen MADSEN), 328.
- (signe de Mees dans les) (L. STERLING et M. WOLFF), 525.
- Polypeptidémie (la) en neuro-psychiatrie (ARTUR, BOUCHER et COULONJOU), 572.**
- Polypeptides (les) chez les paralytiques généraux (A. PRUNELL), 325.**
- Polyradiculonévrite infectieuse avec dissociation albumino-cytologique (Th. ALAJOUANINE, Th. HORNET, Boudin et FAULON), 899.**
- Ponction sous-occipitale (Georges BASCH), 538.**
- atlo-axoïdale directe (Sylvio ARANHA de MOURA), 538.
- Ponto-cérébelleux (tumeur de l'angle)? Signes atypiques (LARUELLE, CRABBÉ et MASSION-VERNIORY), 264.**
- Population (facteurs biologiques et) (HALBWACHS), 309.**
- Pratique médicale (directives en) (André JACQUELIN), 146.**

- Préfrontal (symptomatologie des affections du lobe) (GERSTMANN), 521.
 Préfrontales (circonvolutions). Rôle moteur (A. ROQUIER), 283.
 Presbyophrénie (la) sans fabulation (Gonzalo R. LAPORA), 724.
 Prison et Famille (Etienne de GREFF et Richard PETERMANS), 349.
 Pronostic (le) dans l'œuvre de Magnan (LOGRE), 722.
 Prostitution (le problème de la) (R. BOSCH), 339.
 Protubérance (ramollissements de la) (P. HILLEMANT, CHAVANY et J. HAMBURGER), 316.
 Protubérantielle (hémorragie) et artérite gommeuse (LEROY), 125.
 Pseudo-sclérose. Epreuve du verre et geste accompagné (J. FROMENT, P. BONNET et A. DEVIC), 120.
 Psychanalyse (la) dans la pratique hospitalière (Ross Mc C. CHAPMAN), 310.
 — et psychiatrie (Leland E. HINSIE), 311.
 — (psychologie objective et) (J. FROISWITTMANN), 311.
 Psychanalytiques (les principes) en psychiatrie (Edward GLOVER), 310.
 Psychasthéniques (hyperextension des coudes chez les) (M. LAIGNEL-LAVASTINE), 534.
 Psychiatre (le) dans la Cité (Jean LÉPINE), 338.
 Psychiatrie (contribution de Jung à la) clinique (Murdo MACKENSIE), 720.
 — infantile (la), spécialité médicale (M. TRAMER), 727.
 Psychologie (la) dynamique de Pierre Janet (L. SCHWARTZ), 278.
 Psychomotricité mimique des enfants arriérés (M.-I. DOZENKO), 307.
 Psychopathe (où doit-on soigner un) ? (Albert CRÉMIEUX), 346.
 Psychose et cancer (Henri DAMAYE), 307.
 Psychoses dites fonctionnelles. Thérapeutique (H.-W. MAIER), 274.
 — (influence de l'infection sur la structure des) (E.-R. CHPIC), 302.
 — (tentatives opératoires dans le traitement de certaines) (E. MONIZ), 515.
 Psychoses endogènes (troubles somatiques des) (Ch. ROGGENBAU), 726.
 Psychoses exogènes. Structure, clinique et pathogénie (I.-G. RAFKIN), 387.
 —. Clinique et physiopathologie (D.-S. SVETLOV), 726.
 Psychoses hallucinatoires chroniques (le sort du délire dans les) (Paul ROTH), 913.
 Psychoses précoces (J. LAMSENS), 902.
 Psychothérapies (A. LESTCHINSKI), 278.
 Puberté (psychologie de la) (Marie BONAPARTE), 312.
 — (chronologie de la) physique et psychique (M. TRAMER), 727.
 Pupillographie et psychopathie constitutionnelle (O. LÖWENSTEIN), 286.
 Pupillotonie. Syndrome d'Adie (J.-A. CHAVANY), 519.
 Pyknolepsie (L. MARCHAND et J. DELMOND), 470.
 Pyramidal (syndrome) déficitaire (J.-A. BARRÉ), 144.

R

- Rachianesthésie (syndrome pyramidal consécutif à une) (Rodolfo DASSEN), 318.
 Raciale (politique) allemande (C.-G. CAMPBELL), 928.
 Radiculo-névrite. Anatomie pathologique (Georges GUILLAIN et Ivan BERTRAND), 714.
 Rage (spécificité du syndrome affectif de la) (N.-M. KROL), 524.
 Ramollissement cérébral chez un enfant cardiaque (Armand DELILLE, J. LHERMITTE et LESOBRE), 899.
 Ramollissements cérébraux ayant simulé une tumeur cérébrale (L. MARCHAND, R. ANGLADE et L. VIDART), 240.
 Recklinghausen (maladie de) avec psychose symptomatique (Ph. HASELAGER), 524.
 —. Compression médullaire (J.-A. CHAVANY, M. DAVID et F. THIÉBAUT), 715.
 Réflexes dorsaux de l'homme (O. VERAGUTH), 284.
 — abdominaux percutoires (J.-S. RABINOVITCH), 313.
 Réflexes tendineux (abolition des) avec troubles pupillaires (André-THOMAS et S. AJURIAGUERRA), 259 ; — avec syndrome sympathique (André-THOMAS), 260.
 Releveur de la paupière (spasmes et hypertonie du) supérieure dans les lésions cérébrales en foyer (Henri SCHAEFFER), 733.
 Responsabilité des adolescents et des enfants (I. LUTZ), 742.
 Réveries d'un visionnaire (Immanuel KANT). Présentation française de Walther RIESE et André REQUET, 433, 553.
 Rêves d'angoisse stéréotypés chez une agoraphobe (Henri FLOURNOY), 312.
 Rigidité décérébrée incomplète (ZADOV), 120.
 — catatonique et hypertonies extrapyramidales (A. MIR-SEPASY), 285.

S

- Salivaires (glandes) dans les maladies mentales (A. VITELLO), 518.
- Sarcomatose de Kaposi. Compression médullaire et ostéite de Recklinghausen (Henri ROGER et Paul VIGNE), 121.
- Schizoidie (le problème de la) (E. STRANSKY), 300.
- Schizophrènes (hallucinations chez les) (A.-S. POZNANSKI), 300.
- Schizophrénie et mentalité primitive (J. BURSTIN), 294.
- Physiopathologie (Carl RICHELING et Robert STROMME), 330.
- (R. LAFORGUE), 536.
- (épreuve du rouge Congo dans la) (E. OLIVARES et B. LLOPIS), 540.
- (signification psychopathologique de la) (J. DUBLINEAU), 731.
- et tuberculose (A. BECK, W. OGDEN et M. WHELEN), 923.
- (graisses du sang dans la) (A.-T. BRICE), 923.
- Schizophrénies (délimitation du groupe des) (E. IRAZOQUI VILLALONGA), 731.
- Schizophrénique (la sincérité) (I. IMBER), 301.
- (la polyurie) (Francis-H. SLEEPER), 322.
- Sclérodémie (nature de la) (R. LERICHE et A. JUNG), 926.
- Sclérose en plaques. Formes hypertensives pseudo-tumorales aiguës (Pierre KLOTZ), 317.
- et troubles mentaux (E. ZARA), 524.
- chez deux frères (Mogens ELLERMAN), 740.
- Sclérose latérale amyotrophique (SOUQUES), 120.
- guérie (Gaetano BOSCHI), 317.
- Sclérose tubéreuse (maladie de Bourneville) et neurofibromatose (L. BABONNEIX, M. BRISSOT, MISSET et DELSUC), 402.
- Scopochloralose (action vasculaire du) (H. BARUK, R. CORNU et J. MATHEY), 487.
- Physiologie expérimentale et clinique (H. BARUK et Ch. MASSAUT), 702.
- Scopolamine (hallucinations dans le traitement par la) du syndrome parkinsonien (P. TEITELBAUMS), 932.
- Séméiologie horaire. Oscillations fonctionnelles (G.-B. CACCIAPUTI), 330.
- Simulation des crises comitiales (R. ANGLADE et L. VIDART), 116.
- et pseudo-démence (BADUSCHI et CORBERI), 351.
- Sinus carotidien et épilepsie (G. MARI- NESCO, W. JONESCO-SISESTI et A. KREINDLER), 140.
- (le) dans la myasthénie pseudo- paralytique (Albert SALMON), 736.
- Sociaux (aspects) des maladies mentales (J. PAGE), 500.
- Société Médico-Psychologique. NOMINA- TIONS. Membres correspondants na- tionaux : TUSQUES, 87 ; Henri AU- BIN, Albert CRÉMIEUX, Robert VUL- LIEN, 469 ; Maurice FEUILLADE, 648 ; TEULIÉ, 856. — Membres associés étrangers : LOUDET, 87 ; Jean CAN- TACUZÈNE, 469 ; PIRÈS de LIMA, 649. — Membres titulaires honoraires : DUPAIN, ROGUES de FURSAC, ROUBI- NOVITCH, 856.
- DÉCÈS : l'Inspecteur Général J. RAYNIER, 466 ; le Docteur Santin Carlos ROSSI, 468 ; le Docteur Ray- mond MALLET, 470, 646.
- Rapports : Commission des Finances, 856 ; Secrétaire général, 857.
- Election du Bureau pour 1937, 859, 860.
- Conseil d'Administration, 860.
- Commission des Finances, 860.
- Prix de la Société, 861.
- Sodoku (traitement par le) des affec- tions métyasphyllitiques (S. SLOM- CZYNSKI), 342.
- Sommeil (cure de) (M. BOSS), 286.
- Sonde (mort subite au cours de l'alim- entation par la) (TRILLOT, DUCOU- DRAY et RAUCOULES), 867.
- Spasme de torsion post-encéphalitique (DIVRY et EVRARD), 502.
- Spasmes de la face et leur traitement (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 915.
- Spasmes vasculaires (les) en neurolo- gie (M. RISER), 733.
- Spirites (délires). Prophylaxie (H. CLAUDE et J. CANTACUZÈNE), 444.
- Spirochétose méningée et méningo- typhus (Jean TROISIER, M. BARÉTY, Mlle B. ERBER et Mlle J. SIFFERLIN), 316.
- Stérilisation sexuelle (C.-A. BARAGAR, Geo-M. DAVIDSON, W.-J. Mc ALISTER et D.-L. Mc CULLOUGH), 338.
- (loi de) et expertise du tribunal spécial (H. SEELERT), 352.
- (loi de) et dépistage de l'indigence intellectuelle infantile par les tests de Bühler-Hetzer (E. VOWINCKEL), 918.
- Streptocoque (spécificité du) isolé dans les maladies nerveuses (Edward C. ROSENOW), 330.
- Strié (artères du corps) (R. LOCCHI), 320.

- Striés (syndromes) hyperkinétiques mentaux (Henri EY et J. PICARD), 282.
- Subthalamus et formations subthalamo-mésencéphaliques (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 920.
- Suicide (impulsions au) conscientes et mnésiques chez un épileptique (J. MIGNARDOT, F. RAMÉE et P. AUBRY), 44.
- (rôle des toxiques dans le) (G. ICHOK), 339.
- (bases énergétiques et psychologiques du) (N. SPIJER), 510.
- Surrénales (recherches sur les capsules) (E. BRAUER), 332.
- Sylvius (aqueduc de). Sténose par tumeur très limitée (Georges GUILLAIN, I. BERTRAND et R. MESSIMY), 714.
- Sympathiques (troubles) dans l'hémimiotrophie faciale (André-THOMAS), 733.
- Syphilis cérébrale. Diagnostic précoce pupillographique (GUILLEREY), 285.
- Syphilis héréditaire (la) en neuro-psychiatrie infantile (E. STERN), 729.
- Syphilis nerveuse (réagines des humeurs dans la) (B. DUJARDIN et J. TITECA), 279.
- (arthrites et arthropathies dans la) (DUJARDIN et FRIART), 502.
- et infection à virus filtrant (H. GOUGEROT), 734.
- Syphilitiques (réactions liquidiennes négatives chez les) (Esbern LOMHOLT), 327.
- Syringomyélie et cavités de la moelle (Edward S. TAUBER et Orthello R. LANGWORTHY), 317.
- Système nerveux. Physiopathologie (Paul COSSA), 290.
- T**
- Tabes juvénile (BRANDES et L. van BOGAERT), 264.
- (cordotomie pour crises gastriques du) (B. DUJARDIN et P. MARTIN), 264.
- (diagnostic du) fruste (Jacques DECOURT et Maurice COSTE), 740.
- et perturbations neuro-végétatives paroxystiques (J.-A. CHAVANY et S. DAUM), 741.
- Tabétique (polyarthropathie) (Carlos BRANDON CARAFFA et Manuel J. PEIROTTI), 741.
- Tabétiques (les spondylites nécrosantes chez les) (Knud H. KRABBE et P.-A. SCHWALBE HANSEN), 317.
- Takata-Ara (réaction de) dans les maladies mentales (A. BRUNO), 537.
- Télangiectasies méningées avec angiomes intramédullaires (G. MARINESCO et State DRAGANESCO), 739.
- Tempérament et caractère (P. OSTAN-COW), 177.
- Température des schizophrènes (J.-S. GOTTLIEB et F.-E. LINDER), 518.
- Temporal (tumeurs du lobe) (L. MASSION-VERNIORY), 497.
- (tumeurs du lobe). Hallucinations olfactives (BRUN), 501.
- (troubles cochléo-vasculaires dans les tumeurs du lobe) (BARRÉ), 502.
- Temps (évolution du) chez les normaux et les déments épileptiques (E. PUMPIAN-MINDLIN), 529.
- Terreurs (les) nocturnes des enfants (P.-R. BIZE), 312.
- Tests de l'intelligence pour les enfants, appliqués aux adultes (Th. SIMON), 474.
- (méthode des) chez les normaux et les psychopathes (E. STRANSKY), 721.
- de caractère en neuro-psychiatrie infantile (G. HEUYER et Mlle COURTHIAL), 745.
- Tétanie (équilibre acido-basique dans la) (L. BALLIF et I. GHERSCOVICI), 540.
- Tétanos (Jean CAMESCASSE), 348.
- Thalamique (syndrome) (Humberto-R. RUGIERO), 315.
- Thalamus (signes des affections du) (L.-G. TCHLENOW et O.-M. FRENKEL), 314.
- Thérapeutique (l'année) (A. RAVINA), 148.
- biologique dans les maladies mentales (M.-P. DOUSSINET et Mlle E. JACOB), 287.
- Thorotrast (exploration du système nerveux par le) (Cassio M. VILLAGA), 734.
- Thyroïdien (alopécie et décoloration des poils dans le traitement) (M. CAHANE), 337.
- Tics encéphalitiques (G. HEUYER, Mlles VOGT et LAUTMANN, M. STERN), 228.
- Tonus neuro-végétatif chez l'Annamite (P. DOROLLE), 518.
- Torticollis spasmodique. Psychothérapie (J.-G. YASKIN), 930.
- Toxicomanie (A.-M. MEERLOO), 303.
- Toxicomanies (traitement des) par l'insuline (Th. BRUNNER), 287.
- Clinique et thérapeutique (Amélie BUVAT-COTTIN), 508.
- Thérapeutique nouvelle (R. KRAJNÍK), 930.
- Traumatisme et goitre exophtalmique (J. SLOSSE), 351.

Traumatismes cranio-cérébraux (syndrome subjectif des) (René TARGOWLA), 153.
 — du cerveau. Biologie et traitement (E.-J. MEIER), 347.
 — craniens (diagnostic de la lésion cérébrale dans les) (E. GRUNTHAL), 511.
 — (séquelles psychiques des) de la tête chez l'enfant (G. SSOUHAREVA et D. EINHORN), 729.
 Travail des aliénés du point de vue économique-social (Rafael HERNANDEZ RAMIREZ), 341.
 — intellectuel et distractions dans les asiles d'aliénés (Paul WAHL), 346.
 — (réadaptation et reclassement par le) en Belgique (M. ALEXANDER), 927.
 Trijumeau (névralgie du). Thérapeutique nouvelle (A. DIMITZA), 289.
 Tuberculose et démence précoce (J. BEERENS), 4 ; (G. CARDINALE), 301.
 — et maladies mentales (A. BONHOUR), 301.
 Tumeur du rocher et de la région temporo-pariétale (HUBIN), 719.
 — du 3^e ventricule avec troubles mentaux prédominants (GOURIOU, GUIRAUD et SCHERRER), 842.
 Tumeur cérébrale avec épilepsie et syphilis (J.-A. CHAVANY), 530.
 — — probable (GOURIOU et SCHERRER), 835.
 — — et troubles mentaux très anciens (J. RONDEPIERRE et J.-R. CUEL), 861.
 Tumeurs (diagnostic et traitement chirurgical des) intramédullaires (I. OLJENICK), 119.
 Tumeurs cérébrales (formes mentales des) (René MATHON), 295.
 — —. Traitement chirurgical (José ARCE et Manuel BALADO), 347.
 — — multiples et troubles mentaux (LEROY), 504.
 — —. Diagnostic (A. SUBIRANA), 520.
 Typhoïde (démence précoce transformée en mélancolie au cours d'une) (J. BOREL et AYZINMAN), 492.
 Tyroxine (la) chez l'enfant (Juan-C. PELLERANO et Samuel SCHERE), 344.

U

Uxoricide par échec du suicide collectif conjugal d'un alcoolique (P. COURBON et J. CHAPOULAUD), 849.

V

Vaccinale (encéphalopathie) (DAGNELIE), 501.
 Vagabondage avec condamnation; psychose paranoïde (J. DELMOND et J. GOLSE), 618.
 Vasculaire (lésions cérébrales d'origine). Indication opératoire (de Monsier), 140.
 Vasculaires (terminaisons) (NISSL von MAYENDORF), 139.
 — (réactions) chez les épileptiques (Reidar MARTHINSEN), 529.
 Vasomoteur (paralysie du système) par les solvants volatils industriels (L. MARCHAND), 928.
 Vasomoteurs (troubles) résultant de lésions corticales (Margaret A. KENNARD), 527.
 Vasomotricité cérébrale. Physiologie (Maurice VILLARET, L. Justin-BESANÇON, S. de SÈZE et R. CACHERA), 130.
 Venin (traitement des algies par le) de cobra (M. LAIGNEL-LAVASTINE), 541.
 Ventriculo-arachnoïdien (le liquide) (G. AYLA), 327.
 Volkman (syndrome de) (André-THOMAS, Etienne SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE), 319.
 Vomissements (traitement des) nerveux par la faim et la soif (R. MORICHAU-BEAUCHANT), 541.

Z

Zona et traumatisme (E. MARIOTTI), 318.
 — (myélite extensive du) (J. LHERMITTE et AJURIAGUERRA), 713.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS (1)

A

- ABÉLY (Paul). *Discussion*, 61.
 ABÉLY (Xavier), ABÉLY (Paul) et GUYOT (Paul). Recherches sur l'angle d'impédance dans les maladies mentales, 77.
 —, ABÉLY (Paul), ANGLADE (R.) et RONDEPIERRE (J.). Psychose maniaque-dépressive et hyperplasie hypophysaire, 255.
 —, V. *Rogues de Fursac*.
 — et FRETET. Contracture hystérique guérie au bout de 29 ans, 812.
 ADAM (F.) et HANSCH (O.). Internement simultané d'une mère et de ses trois fils, 278.
 —, *Discussion*, 494.
 AINSWORTH MITCHELL (C.). Utilisation des rayons invisibles en criminologie, 350.
 AJURIAGUERRA (S.). V. *Thomas*.
 —, V. *Schiff*.
 —, V. *Lhermitte*.
 ALAJOUANINE (Th.) et THUREL (R.). Pathologie de la circulation cérébrale, 134.
 —, V. *Quénu*.
 —, THUREL (R.) et BRUNELLI (A.). Douleurs alternes dans les lésions bulbo-protubérantielles, 315.
 — et HORNET (Th.). Atrophie cérébelleuse syphilitique et syphilis cérébrale, 713.
 — et THUREL. Mouvements involontaires, 716.
 —, HORNET (Th.), BOUDIN et FAULON. Polyradiculonévrite infectieuse avec dissociation albumino-cytologique, 899.
 — et THUREL (R.). Les spasmes de la face et leur traitement, 915.
 — et THUREL (R.). L'hémispasme facial périphérique, 931.
 ALEXANDER (M.) et TITEGA (J.). Epilepsie post-malariathérapique, 531.
 —. Les offices de réadaptation sociale et le reclassement par le travail en Belgique, 927.
 ALEXIANO-BUTTU (G.). V. *Marinesco*.
 ALIER-GOMEZ (Jocquim-J.). Métabolisme basal chez les malades mentaux, 328.
 ALISTER (W. J. Mc.). V. *Baragar*.
 ALLIEZ (Joseph). V. *Roger*.
 —, V. *Cornil*.
 ANDERSEN. Métastase cérébrale du cancer pulmonaire, 719.
 ANGLADE (R.) et VIDART (L.). Simulation de crises comitiales, 116.
 —, V. *Marchand*.
 —, V. *Abély*.
 —, V. *Discussion*, 109, 474.
 ANSAY. Syndrome polyradiculonévritique chez l'enfant, 904.
 ANSELME-MARTIN (G.). V. *Rimbaud*.
 ANZALDI (I.). Expérience de perméabilité méningée, 537.
 ARANHA de MOURA (Sylvio). Ponction atlo-axoïdale directe, 538.
 ARCE (José) et BALADO (Manuel). Traitement chirurgical des tumeurs cérébrales, 347.
 ARMAND (Murray de). V. *Bruetsch*.
 ARNAUD. V. *Roger*.
 ARTUR, BOUCHER et COULONJOU. La polypeptidémie en clinique neuro-psychiatrique, 572.
 ASHBY (W. R.) et GLYNN (Ada). La chimie du cerveau dans l'arriération mentale, 328.
 ASKGAARD (V.). Traitement par l'atropine à hautes doses des séquelles encéphaliques, 931.

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

AUBRY (P.). V. *Mignardot*.
 AUSTREGESILLO (A.) et BORGES FORTES (A.). Les neuromyérites épidémiques aiguës et subaiguës au Brésil, 741.
 AYLA (G.). Le liquide ventriculo-arachnoïdien, 327.
 AYZINMAN. V. *Borel*

B

BABONNEIX (L.), BRISSET (M.), MISSET et DELSUC. Maladie de Bourneville (Sclérose tubéreuse) et neurofibromatose, 102.
 — et DAUM (S.). Syndrome adiposogénital très amélioré par le traitement spécifique, 259.
 —. Mongolisme et syphilis congénitale, 521.
 — et LHERMITTE (J.). Atrophiement mongolienne et méningite gommeuse, 897.
 BADUSCHI et CORBERI. Simulation et pseudo-démence, 351.
 BAGDARSOR (D.). V. *Constantinesco*.
 BAGNASCO (Salvatore). Le goitre dans la province de Gènes, 335.
 BALADO (Manuel) et CARILLO (Ramon). Diagnostic neuro-chirurgical. Iodo-ventriculographie, 313.
 —. V. *Arce*.
 BALLIF (L.), LUNEVSKI (I.) et URZICA (C.). Maladie de Friedreich chez trois frères, 737.
 — et BRIESE (Mme M.). Héritéité dans la dystrophie musculaire progressive, 318.
 — et CARAMAN (Zoe). Cas d'hystérie, 533.
 — et GHERSCOVICI (L.). Equilibre acido-basique dans la tétanie, 540.
 BALVET. V. *Petit*.
 BAONVILLE (H.), LEY (J.) et TITECA (J.). Syndrome frontal traumatique, 123.
 —, DIVRY (P.) et TITECA (J.). Ménin-giome de la base avec troubles démentiels prédominants, 125.
 — et TITECA (J.). Rôle du sevrage alcoolique comme cause du delirium tremens, 501.
 BARAGAR (C.-A.), DAVIDSON (Géo-M.), ALISTER (W.-J.-Mc.) et CULLOUGH (D.-L.-Mc.). Stérilisation sexuelle, 338.
 BARIÉTY (M.). V. *Troisier*.
 BARRAQUER-FERRÉ (L.). Lipodystrophie progressive, 926.
 BARRÉ (J.-A.). Les syndromes déficitaires, 144.
 —, CHARBONNEL et UBERSCHLAG. Syndrome de la région du noyau rouge, 258.
 —. Les lésions dans la chorée, 281.

—. Troubles cochléo-vestibulaires dans les tumeurs du lobe temporal, 502.
 —. Syndrome pseudo-myopathique avec troubles pyramidaux, 898.
 BARUK (H.), GEVAUDAN (Mlle), CORNU (R.) et MATHEY (J.). Action vasculaire du scopochloralose, 187.
 —, GOMEZ (O.-M.) et ROSSANO (R.). Etudes piézographiques de la contraction volontaire, 261.
 —. Les catatonies toxi-infectieuses, 301.
 —. *Discussion*, 633, 689.
 — et MASSAUT (Ch.). Physiologie expérimentale et clinique du scopochloralose, 702.
 BASCOURET. V. *Quénu*.
 BAUDARD. V. *Petit*.
 BAUDOUIN (Mlle Adrienne). V. *Dide*.
 BAUER (E.). Traitement des affections schizophréniques par la méthode de Sakel, 682.
 BAYLE. V. *Hesnard*.
 BAZAN (Julio) et URANGA-IMAZ (Francisco-A.). Hémiplegie organique au cours de la grossesse, 737.
 BEAUDOUIN (H.). V. *Marchand*.
 BEAUSSENAT. Intervention tardive dans les fractures de la base du crâne, 347.
 BECK (A.), OGDEN (W.) et WHELEN (M.). Agglutination de bactérium coli par le sérum des malades mentaux, 923.
 —, OGDEN (W.) et WHELEN (M.). Schizophrénie et tuberculose, 923.
 BECKMANN (J.-William). L'épidémie d'encéphalite de Saint-Louis, 737.
 BEERENS (J.). Tuberculose et Démence précoce, 1.
 —. V. *Nyssen*.
 BEHR (E.) et WUITE (J.). Myélite transverse ascendante, 740.
 BELEY (A.-P.-L.) et NODET (Charles-Henri). Paralyse générale avec confusion et excitation prolongée, 55.
 BÉNECH (Jean). Prophylaxie des accidents dus aux arsénobenzènes, 344.
 BERRY (R.-J.-A.). Anomalies des cerveaux des arriérés, 919.
 BERSOT (H.). Les aliénés en Europe, 88.
 —. Traitement de la schizophrénie par l'insuline, 500.
 —. Syndrome neurologique du choc insulinaire, 665.
 —. Traitement des malades nerveux et mentaux en Suisse, 917.
 BERT (Jean-Marie). V. *Giraud*.
 BERTRAND (Ivan). V. *Guillain*.
 BESANÇON (L. Justin). V. *Villaret*.
 BINDER (H.). Etats d'ivresse alcoolique, 302.
 BINEAU. V. *Lhermitte*.
 BIRO (Maximilien). Traumas de la colonne vertébrale et lésions du système nerveux, 740.
 BISTRICEANO (I.). V. *Paulian*.

- BIZE (P.-R.). Les terreurs nocturnes des enfants, 312.
 —. Le contact avec la réalité, contact Ego-Cosmos, 312.
 —. Encéphalopathie congénitale, 714.
 —. Réflexe de sursaut dans l'encéphalopathie congénitale, 898.
 BLONDEL (Ch.), PFERSDORFF (C.), WEISSEYER (C.), ROTHENHÖFER (O.) et GELMA (Eug.). Travaux de la clinique psychiatrique de Strasbourg, 911.
 BOGAERT (L. van). V. *Brandes*.
 — et MARTIN (P.). Gliome primitif des nerfs optiques, 264.
 —. V. *Smeth*.
 —. V. *Nyssen*.
 —. V. *Dellaert*.
 —. Neurosyphilis congénitale, 522.
 BOISSEAU. Confessions sincères d'hystériques, 717.
 BONAPARTE (Marie). Psychologie de la puberté, 312.
 BONCOUR (G. Paul-). Dépistage et traitement des enfants déficients, écoliers primaires, 927.
 BOND (Earl-D.) et SMITH (Laurent-H.). Troubles du comportement post-encéphalitiques, 725.
 BONHOMME (L.). La dysostose hypophysaire. Xanthomatose cranio-hypophysaire, 334.
 BONHOUR (A.). Tuberculose et maladies mentales, 301.
 BONNARD (Mlle). V. *Claude*.
 BONNET (P.). V. *Froment*.
 BOREL (J.) et DUTOIR (R.). Syndrome d'Adie, psychasthénie et tuberculose, 485.
 — et AYZINMAN. Démence précoce transformée en mélancolie au cours d'une typhoïde, 492.
 BORGES-FORTES (A.). V. *Austregesilo*.
 BORNSTEIN (B.). Le problème de la narcolepsie, 523.
 BOSCH (Georges). Ponction sous-occipitale, 538.
 BOSCH (R.). Le problème de la prostitution, 339.
 BOSCHI (Gaetano). Sclérose latérale amyotrophique guérie, 317.
 —. Traitements diacéphalorachidiens, 500.
 BOSS (M.). Cure de sommeil, 286.
 BOUCHARD (Gilbert). Les actes antisociaux des mineurs épileptisants, 298.
 BOUCHER, V. *Artur*.
 BOUDIN, V. *Alajouanine*.
 BOURGUIGNON (G.). La chronaxie dans la chorée de Sydenham, 282.
 — et MONNIER (M.). La chronaxie dans les torticolis spasmodiques, 284.
 —. Chronaxies vestibulaires et optiques dans des cas d'hallucinations auditives et visuelles, 637.
 BOURRAT (L.) et COGHE (R.). Les douleurs obsédantes en gynécologie, 23.
 BOVEN (W.). L'hérédité des affections schizophréniques, 267.
 BOWMAN (Karl-M.). Psychoses avec anémie pernicieuse, 725.
 BRACELAND (F.-G.). V. *Strecker*.
 BRAILOWSKI (V.-V.) et PONIROWSKI (N.-G.). Action de l'atropine sur le système nerveux, 539.
 BRANDES et BOGAERT (L. van). Tabes juvéniles, 264.
 BRANDON CARAPPA et PUCHETA MORCILLO (R.). Kyste hydatique intra-dural, 735.
 — et PEIROTTI (Manuel-J.). Forme rare d'arachnoïdite spinale, 739.
 — et PEIROTTI (Manuel-J.). Polyarthropathie tabétique, 741.
 BRANTMAY (H.). L'hypophyse en psychiatrie infantile, 925.
 BRAUER (E.). Recherches sur les capsules surrénales, 332.
 BRAUN (F.). Pathogénie clinique et thérapeutique de l'épilepsie, 528.
 BRICE (A.-T.). Taux du glutathion sanguin dans les maladies mentales, 921.
 —. Les graisses du sang dans la schizophrénie, 923.
 BRIESE (Mme M.). V. *Ballif*.
 BRINGAS-NUNEZ (E.). V. *Ferrer*.
 BRISSOT et DELSUC. Buphtalmie associée à l'idiotie, 62.
 —. V. *Babonneix*.
 BROUSSEAU (A.). L'hérédité des affections circulaires, 269.
 BRUETSCH (Walter-L.) et ARMAND (Murray de). Syndrome parkinsonien post-traumatique, 523.
 BRUGGER (C.). La natalité chez les arriérés congénitaux, 926.
 BRUN. Hallucinations olfactives dans les tumeurs du lobe temporal, 501.
 BRUNEL, V. *Monier-Vinard*.
 BRUNELLI (A.). V. *Alajouanine*.
 BRUNNER (Th.). Traitement des toxicomanies par l'insuline, 287.
 BRUNO (A.). Réaction de Takata-Ara dans les maladies mentales, 537.
 BRUNSCHWEILER (H.). Hyperkinésie généralisée, 283.
 BURSTIN (J.). Schizophrénie et Mentalité primitive, 294.
 BUSSCHER (de). V. *Scherer*.
 BUVAT (J.-F.). V. *Gouriou*.
 BUVAT-COTTIN (Amélie). Clinique et thérapeutique des toxicomanies, 508.

C

- CABITTO (Luigi). Injections intrarachidiennes de phénolsulfophtaléine, 346.
 CACCIAPUTI (G.-B.). Oscillations fonc-

- tionnelles journalières. Séméiologie horaire, 330.
- CACHERA (R.). V. Villaret.
- CAHANE (M.). Réflexes conditionnels et glycémie émotive, 323.
- (Mares et Tatiana). Centre respiratoire du bulbe, 329.
- (Mares et Tatiana). Modifications de l'hypophyse après lésion du centre génital infundibulaire, 333.
- Influence de l'hormone parathyroïdienne sur la cicatrisation des plaies, 335.
- Alopecie et décoloration des poils dans le traitement thyroïdien, 337.
- (Mares et Tatiana). Mélancolie avec syndrome fruste de Simmonds, 798.
- (Mares et Tatiana). Encéphalite psychosique azotémique, 929.
- CALLEWAERT (H.). Classification physiologique des écritures, 504.
- (P.). V. Gehuchten.
- CALMETTES. *Discussion*, 693.
- CAMESCASSE (Jean). Le tétanos, 348.
- CAMPBELL (C.-G.). La politique raciale allemande, 928.
- CONSTANTINESCO (L.), BAGDARSOR (D.) et CONSTANTINESCO (D.). Troubles mentaux dans une tumeur du lobe frontal droit, 521.
- V. Tomesco.
- CANTACUZÈNE (J.). V. Claude.
- CAPGRAS, JACOB (Mlle E.) et DOUSSINET (M.-P.). Opothérapie rénale et délire aigu, 287.
- *Discussion*, 628, 633.
- et DAUMEZON (G.). Syndrome de Cotard atypique, 806.
- CARAMAN (Zoé). V. Ballif.
- CARAVEDO (Baltazar). L'hygiène mentale au Pérou, 147.
- CARDINALE (G.). Tuberculose et démence précoce, 301.
- CARLIER. Crimes commis au cours d'un état passager d'aliénation mentale, 263.
- CARRETTE. *Discussion*, 228.
- CARRIÈRE (G.) et HURIEZ (Claude). Clinique et thérapeutique du coma barbiturique, 345.
- CATTILL (Raymond-B.). Persévérance et Caractère, 299.
- CEILLIER. *Discussion*, 109, 118.
- CERNANTZEANU-ORNSTEIN (Mme B.). Hémorragies de l'hypophyse de la glande thyroïde et des méninges, 321.
- CHAPMAN (Ross-Mc.-C.). La psychanalyse dans la pratique hospitalière, 310.
- CHAPOULAUD (J.). V. Courbon.
- CHARBONNEL. V. Barré.
- CHARPENTIER (René). *Discussion*, 110, 116, 633, 811, 818, 823.
- CHAVANY (J.-A.). V. Hillemand.
- Traitement des états parkinsoniens par l'atropine à hautes doses, 343.
- Pupillotonie. Syndrome d'Adie, 519.
- Tumeur cérébrale avec épilepsie et syphilis, 530.
- DAVID (M.) et THIÉBAUT. Compression médullaire chez une femme atteinte d'une maladie de Recklinghausen, 715.
- et DAUM (S.). Tabes et perturbations neuro-végétatives, 741.
- CHPIC (E.-R.). Influence de l'infection sur la structure des psychoses, 302.
- CHRISTOFFEL (H.). Biologie de l'énu-résie, 728.
- CHRISTOPHE (J.). Séméiologie, étiologie et pathogénie des mouvements choréiques, 272.
- CLAUDE (H.) et CANTACUZÈNE (J.). Essai de prophylaxie des délires spiritistes, 414.
- SIVADON (P.) et FORTINEAU (J.). Paraphrénie imaginative (un faux prince de Condé), 214.
- SIVADON (P.) et FORTINEAU (J.). Efflorescence mentale en rapport avec l'actualité, 247.
- ROUART (G.) et DESHAIES (G.). Hérité des psychoses maniaques dépressives et discordantes, 277.
- Les états dits hallucinatoires et le fond mental, 304.
- DUBLINEAU (J.) et BONNARD (Mlle). Les lipides du sang dans les maladies mentales, 323.
- et RUBENOVITCH (P.). Traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire, 676.
- *Discussion*, 695.
- CLAVELAND (David). V. Davis.
- COCHE (René-J.). V. Bourrat.
- Algies pelvi-génitales dites névropathiques, 296.
- COCHEMÉ. V. Laignel-Lavastine.
- CODET (H.). L'hystérie, mode de réaction psychique, 533.
- COEN BERNUMFANTE (Alba). Histoire de la paralysie générale, 307.
- COLELLA (Rosolono) et PIZZILLO (Giuseppe). Traitement de l'hémorragie cérébrale, 348.
- CONSTANTINESCO. V. Tomesco.
- CORBERI. V. Baduschi.
- CORDIER, COULOUMA et VARSEVELD (von). Le nerf biradiculaire, 920.
- CORNIL (L.), PAOLI (J.) et ALLIEZ (J.). La parathyroïdectomie unilatérale dans la maladie de Parkinson, 343.
- CORNIL (P.). Effets de l'emprisonnement, 348.
- CORNU (R.). V. Baruk.
- COSACK (H.). Pathogénie des psychoses alcooliques, 303.
- COSSA (Paul), DUGUET, EDMOND et PUECH. Syndrome parkinsonien d'origine syphilitique, 121.

- Physiopathologie du système nerveux, 290.
 COSTE (Maurice), V. Decourt.
 COUCHET (M.). Maigreur et insuffisance ovarienne d'origine hypophysaire, 333.
 COULONJOU, V. Artur.
 COULOUMA, V. Cordier.
 COURBON (Paul) et FEUILLET (Ch.). Erotisme d'involution présénile chez une paraplégique, 65.
 — Discussion, 73, 118, 228, 234, 818.
 — La folie d'après Erasme et Holbein, 280.
 — et CHAPOULAUD (J.). Uxoricide par échec du suicide collectif conjugal d'un alcoolique, 849.
 — La douleur physique dans les états émotionnels et mentaux, 890.
 COURTHIAL (Mlle), V. Heuyer.
 COURTOIS (A.), V. Marchand.
 COURVILLE (C.-B.), V. Gunther.
 CRABBE, V. Laruelle.
 CRAENE (de). Encéphalite léthargique, 262.
 CRANK (R.-P.), V. Kasanin.
 CRÉMIEUX (Albert). Où doit-on soigner un psychopathe ? 346.
 CROUZON, Discussion, 889.
 CSAJAGHY-DANCZ (M.), V. Stief.
 CUEL (J.-R.), V. Rondepierre.
 CULLOUGH (D.-L.-Mc.), V. Baragar.
 — V. Chavany.
 — V. Thiebaut.
 — Arachnoidite syphilitique de la grande citerne, 900.
 DAVIDSON (Géo-M.), V. Baragar.
 DAVIS (Loyal), CLAVELAND (David) et INGRAM (W.-R.). Métabolisme hydrocarboné, lésions hypothalamiques et stimulation du système nerveux automatique, 334.
 DAVISON (Charles) et SELBY (N.-E.). Hypothermie dans les lésions hypothalamiques, 315.
 —, GOODHART (S.-Philip) et SAVITSKY (Nathan). Syndrome de l'artère cérébelleuse supérieure et de ses branches, 736.
 — Gliose des lobes occipitaux dans les chorées, 919.
 DAYTON (Neil-A.). Rapport des familles nombreuses avec l'arriération mentale, 306.
 DECHAUME (Jean). Les chiens sans moelle, 143.
 DECOURT (Jacques) et COSTE (Maurice). Diagnostic du tabes fruste, 740.
 DEIANOW (V.-J.). Traitement de l'encéphalite épidémique par le mangane, 932.
 DELAVILLE, V. Simon.
 DELGADO (Honoria). L'hérédité dans les troubles mentaux, 721.
 DELILLE (Armand), LHERMITTE et LESOBRE. Ramollissement cérébral chez un enfant cardiaque, 899.
 DELMAS (Achille). Discussion, 473, 474, 484.
 DELMOND (J.), V. Marchand.
 — et GOLSE (J.). Vagabondage avec condamnations ; psychose paranoïde, 648.
 DELORE (P.). Tendances de la Médecine contemporaine, 514.
 DELSUC, V. Brissot.
 — V. Babonneix.
 DERBY (Irving-M.). Influence des groupes sanguins dans l'inoculation de la malaria, 342.
 DEREVICI (M.) et SMILOVICI. Maladie de Raynaud et paralysie générale, 527.
 DESCHAMPS (A.), V. Derombies.
 DESHAIES (G.), V. Claude.
 DESLOGES (Alfred). Strabisme ou loucherie et hygiène mentale, 338.
 DESOGUS (Vittorino). La glande pinéale dans l'état gravidique, 331.
 DESRUELLES (M.), V. Hamel.
 — Discussion, 474.
 DEVIC (A.), V. Froment.
 DICKMEISS (P.). Facteurs exogènes dans l'étiologie des psychoses maniaco-mélancoliques, 769.
 DIDE (Maurice) et BAUDUIN (Mlle Adrienne). Système vésiculeux parasympathique du mésencéphale, 121.
 D
 DAGNELIE (J.) et MEITREN (L. van der). Ophthalmoplégie totale due à un cylindre, 263.
 — L'encéphalopathie vaccinale, 501.
 DELLAERT (R.), SMETH (E. de) et BODGAERT (L. van). Mouvements involontaires de l'épilepsie partielle continue, 503.
 DEMAYE (Henri). Delirium tremens et plaies infectées, 303.
 — Psychose et cancer, 307.
 — Les persécutés psychoneurasthéniques ; réactions criminelles, 350.
 DAMESHEK (William), MYERSON (Abraham) et STEPHENSON (Caroline). L'hy-poglycémie par l'insuline, 323.
 DASSEN (Rodolfo). Syndrome pyramidal consécutif à une rachianesthésie, 318.
 DAUM (S.), V. Babonneix.
 — V. Chavany.
 DAUMEZON (G.). Maladie de Parkinson et Paraphrénie, 629.
 — V. Capgras.
 DAUTREBANDE (L.). Paralysie vaso-motrice par les solvants volatils industriels, 928.
 DAVID (M.) et PUECH. Le syndrome adipo-génital, 145.

- et HANON. Lésions choroïdiennes et méningées chez certains hétérophréniques, 140.
- , Anomalies de l'axe gris de la moelle chez certains hétérophréniques, 141.
- , *Discussion*, 474, 491, 494.
- , Gliose sous-optique en rapport avec les syndromes hétérophréniques, 480.
- DJCKMANS, V. *Smeth*.
- DILEK (H.). V. *Mazhar Osman*.
- DIMITZA (A.). Nouvelle thérapeutique de la névralgie du trijumeau, 289.
- DIVRY (P.) et VASSART. Glossolalie, 123.
- , V. *Baonville*.
- et EVRARD. Spasme de torsion post-encéphalitique, 502.
- DOGNY (M.). V. *Dubois*.
- DONLEY (Dorothy-E.). Hémiatrophie faciale associée avec l'épilepsie, 530.
- DONNADIEU (A.). Troubles mentaux par hypertension intracrânienne dans une compression médullaire, 96.
- DORÉMIEUX, V. *Dublineau*.
- DOROLLE (M.-P.). La paralysie générale chez l'indigène de Cochinchine, 308.
- , Tonus neuro-végétatif chez l'Annamite, 518.
- DOUSSINET (M.-P.). V. *Capgras*.
- et JACOB (Mlle E.). La thérapeutique biologique dans les maladies mentales, 287.
- et JACOB (Mlle E.). Préparations infinitésimales en pratique psychiatrique, 288.
- DOZENKO (M.-I.). Psychomotricité mimique des enfants arriérés, 307.
- DRABOVITCH (W.). Freud et Pavlov, 311.
- DRAGANESCO (State). V. *Marinesco*.
- DUBLINEAU (J.) et DORÉMIEUX. Traitement par l'acétylcholine des troubles du caractère de l'enfance, 99.
- , V. *Claude*.
- , *Discussion*, 494.
- , V. *Heuyer*.
- , Signification psychopathologique de la schizophrénie, 731.
- DUBOIS (R.) et DOGNY (M.). Action de l'hydrothérapie sur le pH urinaire, 347.
- DUCOUDRAY (J.). Examen mental des enfants, 289.
- , V. *Trillot*.
- DUGUET, V. *Cossa*.
- DUJARDIN (B.) et MARTIN (P.). Réagines syphilitiques du liquide ventriculaire et lombaire, 124.
- et MARTIN (P.). Cordotomie pour crises gastriques du tabes, 264.
- et TITEGA (J.). Réagines des humeurs dans la syphilis nerveuse, 279.
- et FRIART. Arthrites et arthropathies dans la syphilis nerveuse, 502.
- , Myélite-cécité, 903.
- DUMAS (Georges). *Discussion*, 115.
- DUNLAP (Harold-F.) et MOERSCH (Frederick-P.). Manifestations psychiques associées à l'hyperthyroïdisme, 336.
- DUPAIN. *Discussion*, 871.
- DUPOUY (R.) et LÉCONTE (M.). Etat délirant anxieux motivé par les événements sociaux, 251.
- et NEVEU (Paul). Confusion maniaque en rapport avec l'actualité, 253.
- et ROYER (Jean). Paralysie générale juvénile, 634.
- DUTOUR (R.). V. *Borel*.
- DUVAL (M.). Religion, superstition et criminalité, 516.

E

- EDERT (Jean). Délires imaginatifs dans la désagrégation psychique, 509.
- EINHORN (D.). V. *Ssouhareva*.
- ELLERMANN (Mogens). Sclérose en plaques chez deux frères, 740.
- ELLIOTT (Annie-R.). V. *Matthew*.
- EMMA. L'hétérodophrénie, 730.
- EMOND, V. *Cossa*.
- ERBER (Mlle B.). V. *Troisier*.
- EVANS (Joseph-P.). V. *Penfield*.
- EVARD (E.). Maladie de Huntington et schizophrénie, 283.
- , V. *Divry*.
- EY (Henri). V. *Picard*.
- et PICARD (J.). Syndromes striés hyperkinétiques et troubles mentaux, 282.
- , L'hystérie, 532.
- , V. *Guiraud*.

F

- FAGAN (E.). V. *Marinesco*.
- FAULON, V. *Alajouanine*.
- FEISSEN (J.). V. *Gelma*.
- FERRER (Courado-O.). Traitement de la mélancolie par l'hématoporphyrine, 929.
- et BRINGAS NUÑEZ (Exequias). Dépression mélancolique et hématoporphyrine, 930.
- FEUILLET (Ch.). V. *Courbon*.
- FIAMBERTI (A.-M.). Psycho-polynévrite à la suite de la thérapeutique aurique, 344.
- FINKELMAN (Isidore) et STEPHENS (W.-Mary). Le dinitrophénol dans la démence précoce, 344.
- FISHER (C.), INGRAM (W.-R.) et RANSON (S.-W.). Le système hypothalamico-hypophysaire et le diabète insipide, 925.
- FLANDIN (Ch.). Traitement des comas barbituriques, 928.

- FLEMMING (Robert). Concept psychiatrique de l'intoxication alcoolique aiguë, 724.
 FLOURNOY (Henri). Rêves d'angoisse stéréotypés chez une agoraphobe, 312.
 FONTANA (Mariano). Traumatisme et démence précoce, 730.
 FORTINEAU (J.). V. *Claude*.
 FRAZIER (Charles-H.). V. *Watts*.
 FRENKEL (O.-M.). V. *Tchlenow*.
 FRÉRET, V. *Rogues de Fursac*.
 —. V. *Abély (Xavier)*.
 FRÉTIGNY (Roger). L'autisme mythomane, 915.
 FREYER (M.). V. *Goldblatt*.
 FRIART, V. *Dujardin*.
 FRIBOURG-BLANC. *Discussion*, 474.
 FROIS-WITTMANN (J.). Psychologie objective et psychanalyse, 311.
 FROMENT (J.), BONNET (P.) et DEVIC (A.). Pseudo-sclérose. Epreuve du verre et geste accompagné, 120.
 —. Etat de la question de l'hystérie, 716.
 FURTADO (Diégo). Hémorragies sous-arachnoïdiennes, 140.

G

- GARCIN, VARRAY et HADJI-DIMO. Maladie de Paget avec syndrome neurologique, 899.
 GARDIEN-JOURD'HEUIL (Mme). V. *Hamel*.
 GARMA (Angel). Paranoïa et homosexualité, 536.
 GASSIOT (G.) et LECLERC (J.). Psychose périodique et schizophrénie chez deux sœurs, 779.
 GEHUCHTEN (van) et CALLEWAERT (P.). Tumeurs de la région épiphysaire, 504.
 GELMA (E.) et FEISSEN (J.). Histoire de l'impaludation en Alsace, 342.
 —. V. *Blondel*.
 GERSTMANN (J.). Symptomatologie des affections du lobe préfrontal, 521.
 GEVAUDAN (Mlle). V. *Baruk*.
 GHESCOVICI (I.). V. *Ballif*.
 GILDEA (Edwin-F.), MAILHOUSE (Virginia-L.) et MORRIS (Donald-P.). Troubles émotionnels et variations de la glycémie, 922.
 GIRAUD (G.), MARGAROT (J.) et RIMBAUD (P.). Maladie de Cushing avec paraplégie spasmodique, 332.
 — et BERT (Jean-Marie). Dystrophie osseuse de Morquio, 738.
 GLANZMANN (E.). Psychopathologie de l'encoprésie, 729.
 GLOVER (Edward). Les principes psychanalytiques en psychiatrie, 310.
 GLYNN (Ada). V. *Ashby (W.-R.)*.
 GOBRONIDZE (E.-G.). Psychose pellagriques, 525.
 GOLDBLADT (H.) et FREYER (M.). Épilepsie symptomatique des enfants et des adolescents, 728.
 GOLDKUHL (Erik). Leucopénie réactive dans divers états psychopathiques, 325.
 —. Thérapeutique causale de l'accès aigu de migraine, 345.
 GOLSE (J.). V. *Marchand*.
 —. V. *Delmond*.
 GOMEZ (O.-M.). V. *Baruk*.
 GOODHART (S. Philip). V. *Davison*.
 GORDON (R.-G.) et NORMAN (R.-M.). Chorée toxique aiguë, 321.
 GORRITI (Fernando). Le « Baldéisme » nosographie et traitement, 534.
 GOTTLIEB (J.-S.) et LINDER (F.-E.). Température du corps chez les schizophrènes, 518.
 GOUGEROT (H.). Syphilis nerveuse et infection à virus filtrant, 734.
 GOURIOU. *Discussion*, 115, 817, 823, 831.
 — et SCHERRER. Démence sénile avec méningiome latent, 831.
 — et SCHERRER. Tumeur cérébrale probable, 835.
 —, et GUIRAUD et SCHERRER. Tumeur du 3^e ventricule à troubles mentaux prédominants, 842.
 — et BUVAT (J.-F.). Syndrome cérébelleux avec hypotonie musculaire, 848.
 — et SCHERRER. Astrocytome du lobe frontal gauche et troubles mentaux, 851.
 GREFF (Etienne de) et PETERMANS (Richard). Prison et Famille, 349.
 GROTHJAHN. Clinique et psychologie de la paralysie générale juvénile, 731.
 GRÜNTAL (E.). Diagnostic de la lésion cérébrale dans les traumatismes crâniens, 511.
 GUERNER (Fausto). Ionisation transcérébrale iodurée dans l'épilepsie, 542.
 GUIBERT (H.-L.). V. *Rimbaud*.
 GUILLAIN (G.) et SIGWALD (J.). Etude clinique et biologique d'un cas d'acromégalie, 261.
 —. Syndromes parkinsoniens d'origine syphilitique, 523.
 — et BERTRAND (Ivan). Anatomopathologie de la radiculo-névrite, 714.
 —, BERTRAND (I.) et MESSIMY (R.). Sténose de l'aqueduc de Sylvius par une tumeur très limitée, 714.
 GUILLAUMAT (L.). V. *Thiébaud*.
 GUILLAUME (J.). V. *Martel*.
 GUILLEREY. Diagnostic précoce pupillo-graphique de la syphilis cérébrale, 285.
 GUILMOT. Syndrome paranoïde chez un débile mental, 262.

- GUIRAUD. *Discussion*, 62, 71, 484, 494, 633, 819, 871, 880.
 — et NODET (C.-H.). Principes et technique de l'insulinothérapie, 670.
 — et EY (Henri). Clinique et anatomie d'un cas de maladie de Pick, 823.
 —. V. *Gouriau*.
 GUIXA (Juan-Antonio). V. *Sierra*.
 GUNTHER (Lewis) et COURVILLE (Cyril-B.). Cachexie hypophysaire avec atrophie du lobe pituitaire antérieur, 925.
 GUTHRIE (Riley-H.) et LEBOVITZ (William-M.). Epilepsie chez des jumeaux identiques, 532.
 GUYOT (Paul). V. *Abély (Xavier)*.

H

- HACKFIELD (A.-W.). Résultats favorables de la castration thérapeutique des pervers sexuels, 928.
 HADJI-DIMO. V. *Garcin*.
 HALBWACHS. Facteurs biologiques et population, 309.
 HAMBERG (C.-N.). V. *Rothschild*.
 HAMBURGER (J.). V. *Hillemand*.
 HAMEL (J.), DESRUELLES (M.) et GARDIEN-JOURD'HEUIL (Mme). Thérapeutique de l'anxiété par la vagotonine, 287.
 —. *Discussion*, 473, 485.
 —. L'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol dans les psychoses toxi-infectieuses, 930.
 HANDY (M.). V. *Rosanoff*.
 HANON. V. *Dide*.
 HANON (Julio-L.). Ganglions centraux dans l'épilepsie, 321.
 HANSCH (O.). V. *Adam*.
 HARTENBERG (P.). La frigidité féminine, 527.
 HASELAGER (Ph.). Psychose symptomatique dans la maladie de Recklinghausen, 524.
 HEERNU (J.) et MASSION-VERNIORY (L.). Epilepsie-Myoclonie, 124.
 —. L'acide ascorbique dans le liquide céphalo-rachidien, 279.
 HENDRIKSEN (V.). Tétanie infantile et épilepsie, 532.
 HERMANN (E.). La vie sans moelle épinière, 512.
 HERNANDEZ RAMIREZ (Rafaël). Le travail des aliénés du point de vue économique-social, 341.
 HESNARD (A.) et BAYLE. Valeur clinique de l'azotémie, 324.
 HESS (W.-R.). Les localisations dans le diencéphale, 283.
 HEUCQUEVILLE (Georges d'). Le mouvement médical pour l'enfance insuffisante, 340.

- HEUYER (G.). *Discussion*, 219, 473, 474.
 — et LONGUET. Psychose gémellaire, 220.
 —, VOGT (Mlle), LAUTMANN (Mlle) et STERN (M.). Tics encéphalitiques, 228.
 — et DUBLINEAU. Poussées évolutives de la démence précoce et délire des dégénérés de Magnan, 730.
 — et COURTHIAL (Mlle). Les tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile, 745.
 —. L'orientation intellectuelle et professionnelle de l'enfant à l'âge scolaire, 927.
 HILLEMAND (P.), CHAVANY et HAMBURGER (J.). Ramollissements de la protubérance, 316.
 — et HAMBURGER (J.). Les ramollissements bulbaires, 316.
 —, CHAVANY (J.-A.) et TRELLES (O.). Le nystagmus du voile du palais, 920.
 HINSIE (Leland-E.). Psychanalyse et psychiatrie, 311.
 HOFMAN-BANC (H.). Amnésie rétrograde prolongée, 305.
 HOLLANDER (d') et STOFFELS. Recherches de localisation sur le cortex cérébral. Le palliogramme, 903.
 HORNET (Th.). V. *Quénu*.
 —. V. *Alajouanine*.
 —. V. *Marinesco*.
 HOTZ. V. *Luthy*.
 HOVEN. L'encéphalite épidémique, 901.
 HUBIN. Tumeurs du rocher et de la région temporo-pariétale, 719.
 HUOT (V.-L.). L'aliénation mentale à Madagascar, 308.
 HURIEZ (Claude). V. *Carrière*.

I

- ICHOK (G.). Rôle des toxiques dans le suicide, 339.
 IMBER (I.). La sincérité schizophrénique, 301.
 IMGRAM (W.-R.). V. *Davis*.
 —. V. *Fisher*.
 IRAZOQUI VILLALONGA (E.). Délimitation du groupe des schizophrénies, 731.
 —. L'hallucinoses dans la paralysie générale, 732.
 IVANOWA (L.). V. *Stefko*.

J

- JABUREK (L.). Diagnostic de l'obstruction du sac méningé médullaire par le signe douloureux cervical, 739.
 JACOB (Mlle E.). V. *Capgras*.
 —. V. *Doussinet*.
 JACQUELIN (André). Directives en pratique médicale, 146.

- JANET (P.). Le langage intérieur dans l'hallucination psychique, 278, 377.
 JESSEN (H.). L'albumine du liquide céphalo-rachidien par la méthode de dilution, 312.
 —. Cytologie du liquide céphalo-rachidien normal, 916.
 JONESCO-SISESTI (W.). V. *Marinesco*.
 JOUVE (André). V. *Roger*.
 JUNG (A.). V. *Leriche*.

K

- KACZYNSKI (M.). Cytologie du liquide céphalo-rachidien, 327.
 KACZYNSKI (M.) et SZCZYTT (C.) Variations pharmacodynamiques de la chronaxie vestibulaire, 923.
 KANT (Immanuel). Réveries d'un visionnaire (présentation française de Walther RIESE et André REQUET), 433, 553.
 KARNOSH (Louis-J.) et STOUT (Richard-E.). Psychoses du myxœdème, 335.
 KASANIN (Jacob), CRANK (Rawser-P.), NOBLE (Dorothy-E.) et RIVARD (Annette-C.). Calcification progressive du cerveau, 919.
 KATZENELBOGEN (S.). V. *Thurzo*.
 — et LUTON (Frank-H.). L'hyperthyroïdisme et les réactions psychobiologiques, 336.
 KAUFMAN (M.-R.). V. *Whitehorn*.
 KENNARD (Margaret-A.). Troubles vasomoteurs résultant de lésions corticales, 527.
 KESCHNER (Moses). V. *Strauss*.
 KIPMAN (Mme I.). V. *Sterling*.
 KIRSHMER (J.). Hérité de quelques maladies mentales, 338.
 KLEIN (Frantisek) et WAGNEROVA-HATRKOVA (Helena). Pathogénèse de la maladie de Cushing, 332.
 KLEIN (R.). Hallucinations hémianopsiques, 304.
 KLINGER (L.). Préparation du cerveau par congélation, 319.
 KLOTZ (H.-P.). V. *Tzanck*.
 KLOTZ (Pierre). Formes hypertensives pseudo-tumorales de la sclérose en plaques aiguë, 317.
 KOESSIOS (N.-T.). V. *Laignel-Lavastine*.
 KOSMOLA (C.). Diagnostic de la maladie de Cushing, 332.
 KRABBE (Knud-H.) et SCHWALBE HANSEN (P.-A.). Les spondylites nécrosantes chez les tabétiques, 317.
 KRATNIK (R.). Nouvelle thérapeutique des toxicomanies, 930.
 KREBS. V. *Schaeffer*.
 KREINDLER (A.). V. *Marinesco*.
 KROL (N.-M.). Spécificité du syndrome affectif de la rage, 524.

L

- LABBÉ (Marcel). Diabète et épilepsie, 530.
 LAFORA (Gonzalo R.). Interprétations psychanalytiques de la jalousie, 535.
 —. La presbyophrénie sans fabulation, 724.
 LAFORGUE (R.). La schizophrénie, 536.
 LAGACHE. *Discussion*, 70, 896.
 LAIGNEL-LAVASTINE (M.) et COCHEMÉ. Grognements en salve avec hémiplegie, 258.
 —. Séro-interférométrie endocrinienne, 337.
 —. Hyperextension des coudes chez les psychasthéniques, 534.
 — et KOESSIOS. Traitement des algies par le venin de cobra, 541.
 —. *Discussion*, 628, 633.
 LAMSENS (J.). Psychoses précocissimes, 902.
 LARUELLE. Anatomie de la moelle épinière en coupes longitudinales plurisegmentaires, 142.
 —, CRABBE et MASSION-VERNIORY. Tumeur de l'angle à symptomatologie atypique, 264.
 LAUBACH (Charles). V. *Matthew*.
 LAUTMANN (Mlle). V. *Heuyer*.
 LAVITOLA (G.). La neuro-anémie expérimentale, 539.
 LEBLANC (E.). Voies de conduction des centres nerveux, 147.
 LEBOVITZ (William M.). V. *Guthrie*.
 LECLERC (J.). V. *Gassiot*.
 LECONTE (M.). V. *Dupouy*.
 LÉGER. V. *Schaeffer*.
 LÉPINE (Jean). Le psychiatre dans la Cité, 338.
 LERICHE (R.) et JUNG (A.). Nature de la sclérodémie, 926.
 LEROY. Hémorragie protubérantielle et artérite gommeuse, 125.
 —. Tumeurs cérébrales multiples et troubles mentaux, 504.
 LEROY (R.). *Discussion*, 227.
 LESOBRE. V. *Delille*.
 LESTCHINSKI (A.). La conduite humaine et les psychothérapies, 278.
 LEURIDAN (Ch.). L'idée de liberté morale, 298.
 LEVIN (Paul-Max). Délire de rêve considéré comme aura épileptique, 529.
 —. Aspects neurologiques de l'iridoparotidite, 735.
 LÉVY-BIANCHINI. Le « Brolumin », traitement bromobarbiturique de l'épilepsie, 341.
 LÉVY-VALENSI (J.). La cyclothymie de Marat, 280.
 —. *Discussion*, 645.
 —. Inspirés et théomanes, 722.

- LEY (A.). Produit incestueux de trois générations de débiles mentaux, 717.
- LEY (Jacques). V. *Baonville*.
- L'exophtalmie unilatérale, 907.
- LEY (R.). Ménigiome intraventriculaire, 125.
- LHERMITTE (J.) et AJURIAGUERRA. La myélite extensive du zona, 713.
- et BINEAU. Emotions déterminantes des attaques de catalepsie, 715.
- V. *Babonneix*.
- V. *Delille*.
- LINDER (F.-E.). V. *Gottlieb*.
- LLOPIS (B.). V. *Olivares*.
- LOCCHI (R.). Artères du corps strié, 320.
- LOFFLER (W.). Le syndrome d'Adie, 285.
- LOGRE. Le pronostic dans l'œuvre de Magnan, 722.
- LOMBARDO (R.). La tête pendante, symptôme d'oligophrénie, 307.
- LOMHOLT (Esbern). Réactions liquidiennes négatives chez les syphilitiques, 327.
- LONGUET. V. *Heuyer*.
- LÓPEZ-ALBO (Wenceslao). Folie à deux combinée, 723.
- Polynévrite arsénicale ou syphilitique, 742.
- LOTMAR (F.). Maladie de Lindau. Angiomasose nerveuse centrale et rétinienne, 314.
- LOWENSTEIN (O.). Pupillographie et psychopathie constitutionnelle, 286.
- LUNEYSKI (I.). V. *Ballif*.
- LUTHY (F.) et HORTZ. Aspect anatomique d'une chorée aiguë de Sydenham et d'une chorée artériosclérotique, 282.
- LUTON (Frank-H.). V. *Katzenelbogen*.
- LUTZ (I.). La responsabilité chez les adolescents et les enfants, 742.
- LUWISCH (D.). V. *Planelles*.
- LUXENBURGER (Hans). Pathologie héréditaire du groupe cyclothymique, 306.
- M
- MACERA (José-Maria) et OYHENART (Juan-Carlos). Acétonémie à forme méningée, 324.
- MACKENZIE (Murdo). Contribution de Jung à la psychiatrie clinique, 720.
- MADSEN (Jorgen). Le liquide céphalo-rachidien dans les polynévrites, 323.
- MAIER (H.-W.). Hérité des psychoses dites fonctionnelles, 274.
- MAILHOUSE (Virginia-L.). V. *Gildea*.
- MALLET (Raymond). Le terrain organique de l'obsession, 720.
- MARCHAND (L.). *Discussion*, 61, 117, 227, 628, 880.
- et BEAUDOUIN (H.). Paralyse générale sénile et démence organique, 73.
- ANGLADE (R.) et VIDARD (L.). Ramollissements ayant simulé une tumeur cérébrale, 210.
- Pathogénie de l'encéphalite psychosique aiguë, 278.
- et DELMOND (J.). Pyknolepsie, 470.
- Les auras épileptiques psychiques, 529.
- GOLSE (J.) et DELMOND. Automatisme ambulatorio épileptique avec exhibitionnisme, 615.
- COURTOIS (A.) et SIVADON (P.). L'encéphalite psychosique aiguë puerpérale, 724.
- MARFAN (A.-B.). Céphalée habituelle des écoliers, 519.
- MARGAROT (J.). V. *Giraud*.
- MARINESCO (G.), JONESCO-SISESTI (N.) et KREINDLER (A.). Sinus carotidien et épilepsie, 140.
- JONESCO-SISESTI (N.) et HORNET (Th.). Nystagmus vélo-palatin après la lésion du faisceau central de la calotte, 715.
- et DRAGANESCO (State). Télangiectasies méningées avec angiomes intramédullaires, 739.
- JONESCO-SISESTI (N.) et ALEXIANO-BUTTU (G.). Gigantisme et acromégalie, 924.
- et FAGAN (E.). L'atropine à doses progressives dans les troubles post-encéphaliques, 931.
- MARIOTTI (E.). Zona et traumatisme, 318.
- MARTEL (Th. de) et GUILLAUME (J.). Les arachnoïdites opto-chiasmatiques, 314.
- MARTHINSEN (Reidar). Réactions vasculaires chez les épileptiques, 529.
- MARTIN (P.). V. *Dujardin*.
- V. *Bogaert*.
- MASSAUT (Ch.). V. *Baruk*.
- MASSIÈRE (R.) et BEAUMONT (G.). Physiologie thérapeutique des intoxications barbituriques, 345.
- MASSION-VERNIORY (L.). V. *Heernu*.
- V. *Laruelle*.
- Les tumeurs du lobe temporal, 497.
- MATHEY (J.). V. *Baruk*.
- MATHON (René). Formes mentales des tumeurs cérébrales, 295.
- MAYRI (F.). Corps calleux et cortex cérébral, 735.
- MAZHAR OSMAN et DILEK (H.). Amnésie antéro et rétrograde post-traumatique, 280.
- et SCHUKRU (I.). Anomalies du canal de Sylvius et pathogénie de l'hydrocéphalie, 284.
- Encéphalite épidémique et médecine légale, 289.

- MECO (Osvaldo). La « cure bulgare » dans les syndromes encéphalítico-parkinsoniens, 343.
- MEERLOO (A.-M.). La toxicomanie, 303.
- MEIER (E.-J.). Biologie et traitement des traumatismes du cerveau, 347.
- MEIGE (Henry). Gaufridy, 910.
- MEIREN (L. van der). V. *Dagnelie*.
- MENNINGER (William-C.). Paralyse neurosyphilitique juvénile, 522.
- Désordres mentaux et diabète sucré, 526.
- MENNINGER-LERHENTHAL (E.). Le fantôme du propre corps, 292.
- MESSIMY (R.). V. *Guillain*.
- MEYERSON. Analyse des actes chez l'homme et niveau humain, 122.
- MICHAELS (Joseph-J.). Action du calcium vis-à-vis des troubles de la personnalité, 922.
- MICHÉJEW (W.). V. *Tarasséwitch*.
- MIGNARDOT (J.), RAMÉK (F.) et AUBRY (P.). Impulsions conscientes et mnésiques au suicide chez un grand épileptique, 44.
- MIGNOT (Roger). L'insuline comme anaphrodisiaque, 427.
- MILLAN (J.-A. Mac). V. *Penfield*.
- MINKOWSKI. Mouvements athétoïdes et choréiformes chez le fœtus, 280.
- Anatomie pathologique de l'épilepsie, 536.
- MIR-SEPASSY (A.). Rigidité catatonique et hypertonies extrapyramidales, 285.
- MISSET. V. *Babonneix*.
- MODONESI (C.). L'atropine et la belladone dans le parkinsonisme post-encéphalitique, 932.
- MOERSCH (Frederick-P.). V. *Dunlap*.
- MOLITCH (Matthew). Post-encéphalite chronique chez les délinquants juvéniles, 350.
- MÖLLER (Ag.). Expériences avec la mescaline, 538.
- MONDIO (Enrico). Catatonie expérimentale et centres sensitivo-moteurs, 329.
- MONGES (Henri). V. *Roger*.
- MONIER-VINARD et BRUNEL. Polioencéphalite subaiguë, 260.
- MONIZ (Edgaz). Radio-diagnostic de la circulation cérébrale, 138.
- Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses, 515.
- MONNIER (M.). V. *Bourguignon*.
- Traitement des psychoses par la narcose prolongée, 286.
- MOORE (Matthew-T.), NATHAN (David), ELLIOTT (Annie-R.) et LAUBACH (Charles). Etudes encéphalographiques dans les maladies mentales, 720.
- MORICHAU-BEAUCHANT (R.). Traitement des vomissements nerveux par la faim et la soif, 541.
- MORRIS (Donald-P.). V. *Gildea*.
- MORSIER (G. de). Indication opératoire des lésions cérébrales d'origine vasculaire, 140.
- Parkinsonisme traumatique, 286.
- MOSINGER (M.). V. *Roussy*.
- MÜLLER. Traitement de la schizophrénie par l'insuline, 649.
- MURRAY BURNS (E.). V. *Reese*.
- MUYLE. Le liquide céphalo-rachidien des déments précoces, 901.
- et THIENPONT. Oxycéphalie, 901.
- MYERSON (Abraham). V. *Dameshek*.

N

- NAGER (R.). Opération des tumeurs intrasellaires par la voie ethmoïdale, 288.
- NARDI (Iacopo). Délire mystico-sexuel dans l'encéphalite épidémique chronique, 304.
- Délires de négation systématisés, 305.
- NATHAN (David). V. *Moore*.
- NEVEU (Paul). V. *Dupouy*.
- NEVES. Délire d'interprétation, 263.
- NEWMANN (Henri-W.). V. *Scheller*.
- Injections intraveineuses d'alcool, 921.
- NIEL (Edwin-E.-Mc.). V. *Whitehead*.
- NIKOLIC. Traitement de l'épilepsie par les vaccins antirabiques, 341.
- NISSL von MAYENDORF. Les terminaisons vasculaires, 139.
- — — Paralyse flasque d'origine cérébrale avec exagération des réflexes tendineux, 141.
- NODET (Charles-Henri). V. *Beleg*.
- V. *Guiraud*.
- NOBLE (Dorothy-E.). V. *Kasanin*.
- NORMAN (R.-M.). V. *Gordon*.
- NYSSSEN (R.) et BEERENS (J.). Modification du pH urinaire sous l'influence de la douleur, 125.
- et BOGAERT (L. van). Parkinsonisme d'origine toxique, 503.

O

- OGDEN (W.). V. *Beck*.
- OLIVARES (E.) et LLOPIS (B.). Epreuve du rouge Congo dans la schizophrénie, 540.
- OLIVIERS. Psychoses pénitentiaires, 262.
- OLJENICK (Ign.). Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs intramédullaires, 119.
- OLMER (J.). V. *Roger*.
- ORTIZ RAMOZ (Pédro). L'assistance des malades mentaux chroniques, 340.
- OSTANCOW (P.). Le « signe du capuchon » dans la démence précoce, 36.

- , Tempérament et caractère, 477.
- , Le signe du miroir dans la démence précoce, 300.
- OUUMANSKY (Victor). V. Weil.
- OYHENART (Juan-Carlos). V. Macera.

P

- PAGE (J.). Aspects sociaux des maladies mentales, 500.
- PAILLAS (Jean). V. Roger.
- PALMER (Harold-P.). V. Strecker.
- PAULIAN (D.) et BESTRICEANO (I.). Physio-pathologie des hémorragies cérébrales, 736.
- PAUTRAT. V. Tzanck.
- PAOLI (J.). V. Cornil.
- PARKER (Harry-Lee). Manifestations nerveuses et mentales du myxoédème, 335.
- PEIROTTI (Manuel-J.). V. Brandon-Caraffa.
- PELAZ (E.). Diète céto-gène dans l'épilepsie essentielle infantile, 542.
- , Etat de mal épileptique par hémorragie méningée dans l'alcoolisme aigu chez un enfant, 531.
- PELLERANO (Juan-C.) et SCHERE (Samuel). La tyroxine chez l'enfant, 344.
- PENFIELD (Wilder), EVANS (Joseph-P.) et MILLAN (J.-A.-Mac). Voies optiques chez l'homme, 320.
- PETERMANS (Richard). V. Greff.
- PETIT (G.). *Discussion*, 234.
- , PUECH (P.), BALVET et BAUDARD. Gliome frontal droit. Ablation et guérison, 235.
- , Electroprexie chez les psychopathes, 241.
- et BAUDARD (A.). Les crises de catalexie, 279.
- PETIT-DUTAILLIS. Compression médullaire par maladie de Paget, 261.
- PEERSDORFF. V. Blondel.
- PFISTER (H.). Dessins d'aliénés, 280.
- PICARD (J.) et EY (Henri). Investigations généalogiques en Beauce, 277.
- , V. Ey.
- , *Discussion*, 871, 889.
- PIÉRON (H.). Processus du métacontrast, 535.
- PIERSON (C.-A.). Le « signe de coup de frein », index sphinctérien de la moelle terminale, 318.
- PINTO PUPO (Paulo). Neuromyéélite aiguë d'Austregesilo, 741.
- PLANELLES (J.) et LUWISCH (D.). Action hypoglycémisante de l'appétit, 323.
- PONITROWSKI (N.-C.). V. Brailowski.
- POZNANSKI (A.-S.). Hallucinations chez les schizophrènes, 300.

- PRUNELL (A.). Les polypeptides chez les paralytiques généraux, 325.
- PRUSSAK (L.). V. Sterling.
- PUCHETA MORCILLO (R.). V. Brandon-Caraffa.
- PUECH. V. Cossa.
- , V. David.
- , V. Petit.

- PUECH. Tumeurs de l'hypophyse sans troubles visuels, 900.
- PUMPIAN-MINDLIN (E.). Evolution du temps chez les normaux et les déments épileptiques, 529.

Q

- QUÉNU, ALAJOUANINE, BASCOURRET et HORNET. Œdème cérébral dans le syndrome pâleur-hyperthermie, 140.
- QUERON (S.). V. Rodiet.

R

- RABINOVITCH (J.-S.). Réflexes abdominaux percutoires, 313.
- RADERMAECKER. Troubles mentaux après une commotion cérébrale avec gliome, 719.
- , Crampes toniques, 903.
- RAEKKIN (L.-C.). Structure, clinique et pathogénie des psychoses exogènes, 387.
- RAIGA (Eugène). Insuffisance des pouvoirs de l'Administrateur, 340.
- RALU. V. Rogues de Fursac.
- RAMÉE (F.). V. Mignardot.
- RAMOND (Louis). Syndrome neuro-anémique, 526.
- RANSON (S.-W.). V. Fisher.
- RAUGOULES. V. Trillot.
- RAVINA (A.). L'année thérapeutique, 148.
- RAYNEAU. *Discussion*, 618.
- REESE (Hans H.), MURRAY BURNS (E.) et RICE (Carol M.). Traitement des myopathies primitives, 348.
- REITER (P.-J.). La paranoïa caractérogène, 722.
- REPOND (A.). Bases scientifiques de l'hygiène mentale, 337.
- REQUET (André). V. Kant.
- RESTRUP (H.). Glucose du liquide céphalo-rachidien, 324.
- RICE (Carol-M.). V. Reese.
- RICHELING (Carl) et STROMME (Robert). Pathophysiologie de la schizophrénie, 330.
- RIESE (Walther). V. Kant.
- RIMBAUD (L.), ANSELME-MARTIN (G.) et GUIBERT (H.-L.). Encéphalite pneumococcique, 900.

- RIMBAUD (P.). V. *Giraud*.
 RISER. La circulation cérébrale, 126.
 — (M.). Les spasmes vasculaires en neurologie, 733.
 RIVARD (Annette-C.). V. *Kasanin*.
 RIVOIRE (R.). Hypophyse et glandes mammaires, 333 ; — et surrénales, 333 ; — et parathyroïdes, 334 ; — et pancréas, 334.
 RODIET (A.) et QUÉRON (S.). L'hérédité dans la démence précoce, 730.
 RODRÍGUEZ-ARIAS (B.), RODRÍGUEZ-CUEVILLAS (Carlos). Statistiques sur la paralysie générale, 732.
 RODRÍGUEZ-CUEVILLAS (Carlos). V. *Rodríguez-Arias*.
 ROGER (Henri), MONGES (Henri), PAILLAS (Jean) et JOUVE (André). Métastase cérébrale d'un mélanoblastome de la petite lèvre, 120.
 — et VIGNE (Paul). Compression médullaire et ostéite de Recklinghausen dans une sarcomatose de Kaposi, 121.
 — et ALLIEZ (Joseph). Les migraines hémiplegiques, 141.
 —, ARNAUD et PAILLAS (J.). Mouvements choréiques dans une tumeur pédonculo-quadrigéminal, 281.
 —, ALLIEZ (J.) et PAILLAS (J.). Chorée chronique au cours d'une encéphalopathie infantile améliorée par la malariathérapie, 281.
 — et OLMER (J.). Les syndromes neuro-hématiques, 510.
 —, ALLIEZ (J.) et PAILLAS (J.-E.). Une chirurgicomane, 883.
 ROGERS (Kenneth-H.). Persévérance, 299.
 ROGGENBAU (Ch.). Troubles somatiques des psychoses endogènes, 726.
 ROGUES de FURSAG, ABÉLY (X.), FRÉTET et RALU. Les mères bourreaux de leurs enfants, reconnues aliénées, 621.
 ROJAS (Nerio). Préjugés sur la folie, 507.
 RONDEPIERRE (J.). *Discussion*, 109, 219, 889.
 — V. *Abély*.
 — et CUEL (J.-R.). Tumeur cérébrale et troubles mentaux très anciens, 861.
 ROSANOFF (Aaron-J.) et HANDY (Leva-M.). Chorée chronique de Huntington chez des jumeaux, 526.
 ROSENBAUCH (Ch.). Angine de poitrine et syndromes angiospastiques, 518.
 ROSENOW (Edward-C.). Spécificité du streptocoque isolé dans les maladies nerveuses, 330.
 ROSSANO (R.). V. *Baruk*.
 ROTH (Paul). Le sort du délire dans les psychoses hallucinatoires chroniques, 913.
 ROTHENHÖFER (O.). V. *Blondel*.
 —. Inhibition psychique avec conséquence médico-légale, 918.
 ROTHSCHILD (David) et HAMBERG (C.-N.). Barrière hémato-méningée dans les troubles mentaux, 326.
 ROUART (G.). V. *Claude*.
 ROUBINOVITCH (Jacques). La paranoïa précoce, 723.
 ROQUIER (A.). Rôle moteur des circonvolutions préfrontales, 283.
 ROUSSY (G.) et MOSINGER (M.). Le subthalamus et les formations subthalamo-mésencéphaliques, 920.
 ROUVROY (Ch.). Etudes expérimentales de l'intelligence chez les malades mentaux, 492.
 ROYER (Jean). V. *Dupouy*.
 ROYO (Henrique). Méthodes spéciales de traitement des maladies mentales, 195.
 RUBENOVITCH (P.). V. *Claude*.
 RUGIERO (Humberto-R.). Syndrome thalamique, 315.

S

- SALAMERO (Francisco) et UNIA MARINÉ (José). Corps étranger intracérébral, 734.
 SALMON (A.-R.). Le dinitrophénol en thérapeutique, 344.
 — (Albert). Le sinus carotidien dans la myasthénie pseudo-paralytique, 736.
 SAMUELS (Nathan). Arachnoïdite spinale, 320.
 SARIE (Drago). Polynévrite après intoxication par le gaz d'éclairage, 525.
 SAVITSKY (Nathan). V. *Davison*.
 SCHAECHTER (M.). L'enfance maltraitée. Psychopathologie et criminologie, 742.
 —. Connaissances actuelles sur l'épiphysse, 924.
 SCHAEFFER (H.), KREBS et LÉGER. Chorée chronique d'origine apparemment rhumatismale, 260.
 —. Tumeur gliale de la glande pinéale, 331.
 —. Spasmes et hypertonie du releveur de la paupière supérieure dans les lésions cérébrales en foyer, 733.
 SCHELLER (Walter-F.) et NEWMANN (Henry-W.). Névrite interstitielle hypertrophique, 319.
 — V. *Newmann*.
 SCHERE (Samuel). V. *Pellerano*.
 SCHERER et BUSSCHER (de). Gliomatose périvasculaire, 504, 718.
 — V. *Gourion*.
 SCHIFF (P.). *Discussion*, 234.

- et TILLET (Mlle du). Hérité pré-
cessive et stérilisation eugénique
dans la manie, 277.
- et AJURIAGUERRA. Chorée et mala-
die de Vaquez, 282.
- SCHIOETZ (E.-H.). Angiomatose ner-
veuse avec calcification crânienne
et épilepsie, 738.
- SCHMID (H.). Histopathologie du choc
insulinique, 658.
- SCHÖNAUER (S.). Effets physio-patho-
logiques de la musique, 540.
- SCHUBE (Purcell-G.). Les théories de
Bancroft sur les maladies mentales,
921.
- SCHUKRU (I.). V. *Mazhar Osman*.
- SCHWALBE HANSEN (P.-A.). V. *Krabbe*.
- SCHWARTZ (L.). La psychologie dyna-
mique de Pierre Janet, 278.
- SEELERT (H.). L'expert auprès du tri-
bunal spécial et la loi de stérilisa-
tion, 352.
- SELBY (N.-E.). V. *Davison*.
- SELINGER (Elias). Stase papillaire et
papillite, 328.
- SEMACHKO (N.). Education des enfants
délinquants dans l'U.R.S.S., 350.
- SENISE (Tomasso). La sécrétion inter-
ne du cerveau, 331.
- SÈZE (S. de). V. *Villaret*.
- , La méningococcémie, 313.
- SIENKOWSKI (Z.). Hydrocéphalie post-
traumatique, 735.
- SIERRA (Adolfo-M.) et GUIXÀ (Juan-
Antonio). Syndrome de Cotard suivi
de guérison, 305.
- SIFFERLEN (Mlle J.). V. *Troisier*.
- SIGNORET (E.). La mémoire affective,
535.
- SIGWALD (J.). V. *Guillain*.
- SILVEIRA (Annibal). Syndrome d'auto-
matisme mental de Clérambault,
723.
- SIMON (Th.). Tests de l'intelligence
pour les enfants appliqués aux adul-
tes 474.
- , Expression en années d'âge du ni-
veau mental des adultes, 477.
- et DELAVILLE. Echanges respiratoi-
res des alcooliques après ingestion
d'alcool, 884.
- SIVADON (P.). V. *Claude*.
- , V. *Marchand*.
- SLEEPER (Francis-H.). La polyurie dans
la schizophrénie, 322.
- SLOMCHYNSKI (S.). Traitement par le
sodoku des affections métasyphili-
tiques, 342.
- SLOSSE (J.). Traumatisme et goitre
exophtalmique, 351.
- SMETH (E. de), WULF (de), DIJCKMANS
et BOGAERT (L. van). Maladie de Frie-
dreich avec troubles mentaux, 501.
- , V. *Dellaert*.
- SMILOVICI (L.). V. *Derevici*.
- SMITH (Laurent-H.). V. *Bond*.
- SOBOL (E.). Apraxie de construction,
519.
- SORREL (Etienne). V. *Thomas*.
- SORREL-DÉJERINE (Mme). V. *Thomas*.
- SOUQUES. Sclérose latérale amyotro-
phique, 120.
- , Etudes de la neurologie dans l'an-
tiquité grecque, 505.
- , Névralgie du plexus lombaire après
un effort, 897.
- SPAIER (A.). Nature et éléments psychi-
ques de l'habitude, 535.
- SPIJER (N.). Bases énergétiques et psy-
chologiques du suicide, 510.
- SOUHAREVA (G.) et EINHORN (D.). Sé-
quelles psychiques des traumatismes
de la tête chez l'enfant, 729.
- STELKO (W.) et IVANOVA (L.). Mongo-
loïdisme, anatomie et pathologie, 321.
- STEIN (W.). V. *Wolf*.
- STEPHENS (W. Mary). V. *Finkelman*.
- STEPHENSON (Caroline). V. *Claude*.
- STERLING (L.), PRUSSAK (L.) et WOLFF
(M.). Signe de Mees dans les polyné-
vrites, 525.
- et KIPMAN (Mme L.). Réflexe nouveau
de la lèvre supérieure, 734.
- STERN (E.). La syphilis héréditaire en
neuropsychiatrie infantile, 729.
- STERN (M.). V. *Heuyer*.
- STERN (Ruby O.). Achlorhydrie dans
les psychoses avec anémie, 539.
- STIEF (A.) et CSAJAGHY-DANCZ (M.). Lo-
calisation de l'écriture en miroir,
519.
- STIEF-SZEGED (A.). Thérapeutique hor-
monale intrarachidienne, 541.
- STOFFELS. V. *Hollander*.
- STOUT (Richard-E.). V. *Karnosch*.
- STRANSKY (E.). Le problème de la schi-
zoïdie, 300.
- , Méthode des tests chez les normaux
et les psychopathes, 721.
- STRAUSS (Israël) et KESCHNER (Moses).
Troubles mentaux dans les tumeurs
du lobe frontal, 520.
- STRECKER (Edward-A.), PALMER (Har-
old-P.) et BRACELAND (Francis-G.).
L'hématoporphyrine dans les psy-
choses, 929.
- STRELETSKI (Camille). Précis de Gra-
phologie pratique, 291.
- STROMME (Robert). V. *Richeling*.
- SUBIRANA. Lacunes osseuses avec hernie
cérébrale, séquelles d'un syndrome
d'hypertension intracrânienne, 121.
- , Le syndrome d'Adie, 314.
- , Diagnostic des tumeurs cérébrales,
520.
- SVETLOV (D.-S.). Clinique et physiopa-
thologie des psychoses exogènes, 726.
- SZCZYTT (C.). V. *Kaczynski*.
- SZONDI (L.). Psychanalyse neuroendo-
crinologie et hérédopathologie de la
névrose, 533.

T

- TARASSIÉWITCH (L.-J.) et MICHEJEW (W.). Névrite hypertrophique et progressive, 920.
- TARGOWLA (René). Syndrome subjectif des traumatismes cranio-cérébraux, 153.
- TAS (J.). Epilepsie réflexe, 531.
- TAUBER (Edward-S.) et LANGWORTHY (Orthello-R.). Syringomyélie et cavité de la moelle, 317.
- TCHLENOW (L.-G.) et FRENKEL (O.-M.). Signes des affections du thalamus, 314.
- TEITELBAUMS (P.). Hallucinations après administration de scopolamine dans le parkinsonisme, 932.
- TELATEN (Luigi). Métabolisme des hydrates de carbone chez les malades mentaux, 324.
- TERRIEN (Félix). Exophtalmie et maladie de Basedow, 336.
- THIÉBAUT (F.). V. *Chavany*.
- , DAVID (M.) et GUILLAUMAT (L.). Hématome sous-dural droit post-traumatique, 716.
- THIENPONT. V. *Mugle*.
- THOMAS (André) et AJURIAGUERRA (S.). Abolition des réflexes tendineux avec troubles pupillaires, 259.
- , Abolition des réflexes tendineux avec syndrome sympathique, 260.
- , SORREL (Etienne) et SORREL-DÉJERINE (Mme). Syndrome de Volkmann, 319.
- , Troubles sympathiques dans l'hémiatrophie faciale, 733.
- THOMAS (J.-M.). V. *Whitehorn*.
- THOMPSON (Ross H.). Encéphalomyélite disséminée suite de névrite ascendante, 738.
- THUREL (R.). V. *Atajouanine*.
- THURZO (E. de) et KATZENELBOGEN (S.). Réserve alcaline dans l'acidose expérimentale, 325.
- TILLET (Mlle du). V. *Schiff*.
- TITECA (J.). V. *Baonville*.
- , V. *Dujardin*.
- , V. *Alexander*.
- , Intoxication oxycarbonée, 595.
- TOMASINO (A.). Fonctions rénales et chlorurémie dans les maladies mentales, 322.
- TOMESCO (P.) et CONSTANTINESCO (Sébastien). L'ictus de la paralysie générale, 523.
- et CONSTANTINESCO (I.). L'encéphalite psychosique subaiguë, 929.
- TRAMER (M.). La psychiatrie infantile spécialité médicale, 727.
- , Chronologie de la puberté physique et psychique, 727.
- TRELLES (O.). V. *Hillemand*.

- TRILLOT (Jean). Troubles mentaux de l'incubation d'une infection paludéenne guéris par la quinine, 698.
- , DUCOUDRAY et RAUCOULES. Mort subite au cours de l'alimentation par la sonde, 867.
- et DUCOUDRAY. Hallucinations dessinées par une délirante chronique, 872.
- TROISIER (Jean), BARIÉTY (M.), ERBER (Mlle B.) et SIFFERLEN (Mlle J.). Spirochétose méningée et méningo-typhus, 316.
- TUSQUES. *Discussion*, 485.
- TZANCK (A.), PAUTRAT et KLOTZ (H.-P.). Polynévrites dites « toxiques », 319.

U

- ÜBERSCHLAG. V. *Barré*.
- ULRICH (Henri). Associations chez les épileptiques et les schizophrènes, 914.
- UNIA MARINÉ (José). V. *Salamero*.
- URANGA IMAZ (Francisco-A.). V. *Bazan*.
- URBAN (H.). Physiologie du lobe occipital, 329.
- URZICA (C.). V. *Ballif*.

V

- VARRAY. V. *Garan*.
- VARSEVELD (von). V. *Cordier*.
- VEGER (A.-M.). Spécificité des affections de la sphère neuro-psychique dans les intoxications, 524.
- VERAGUTH (O.). Les réflexes dorsaux de l'homme, 284.
- VERVAECK (L.). Déséquilibre mental à réactions antisociales, 499.
- VIDART (L.). V. *Anglade*.
- , V. *Marchand*.
- VIGNE (Paul). V. *Roger*.
- VILLAÇA (Cassio-M.). Exploration du système nerveux par le thorotrast, 734.
- VILLARET (Maurice), BESANÇON (L.-Justin), SÈZE (S. de) et CACHERA (R.). Physiologie de la vasomotricité cérébrale, 130.
- VILLEY-DESMESERETS. *Discussion*, 227.
- VINCHON (Jean). Les névroses, 507.
- VITELLO (A.). Les glandes salivaires dans les maladies mentales, 518.
- VOGT (Mlle). V. *Heuyer*.
- Vos (de). Observations anatomo-cliniques de chorée de Huntington, 501.
- VOWINCKEL (E.). Loi de stérilisation et dépistage de l'indigence intellectuelle chez les enfants par les tests de Bühler-Hetzer, 918.
- VURPAS. *Discussion*, 62, 71, 219, 228, 247, 251, 474, 633, 634.

W

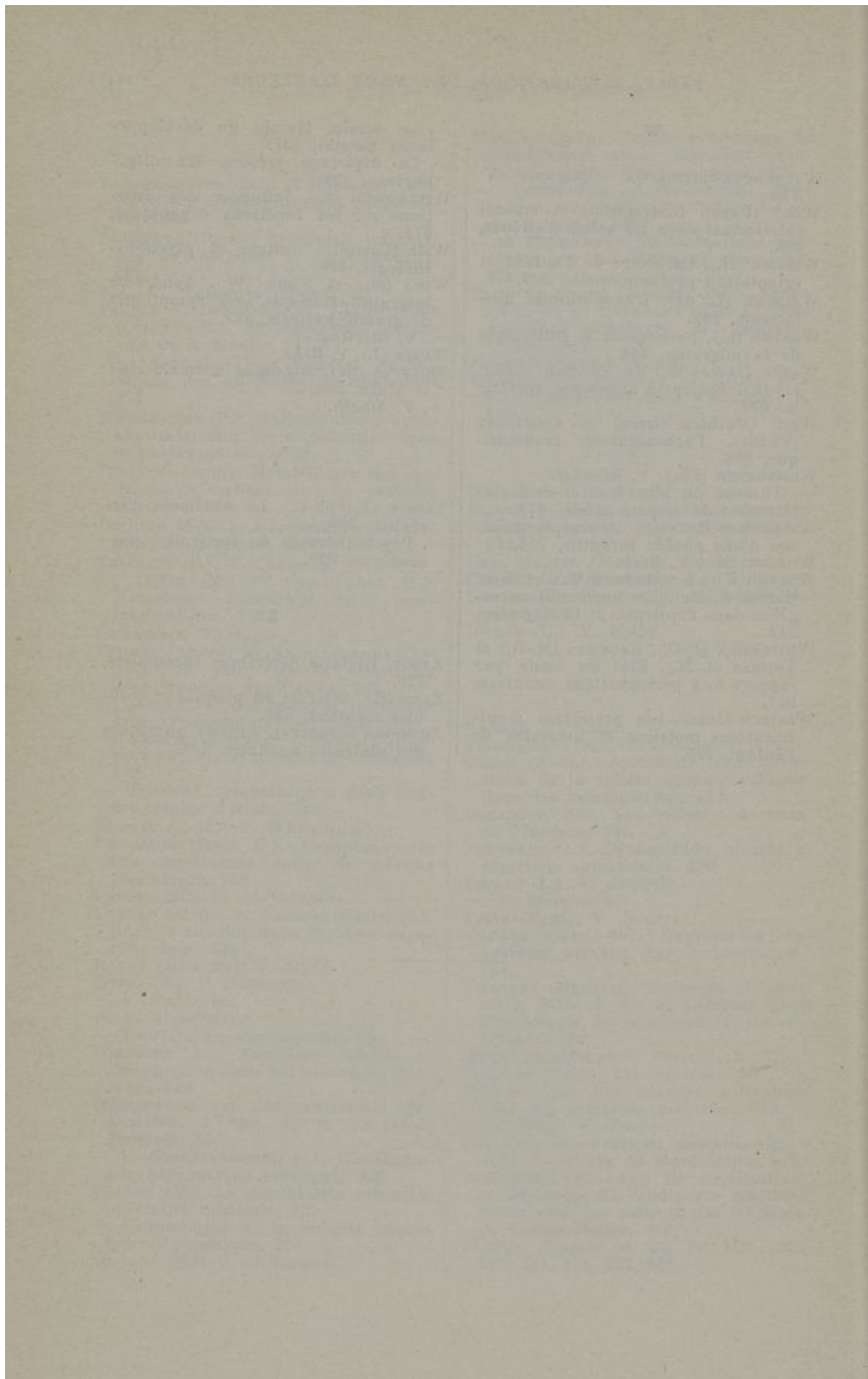
- WAGNEROVA-HATRIKOVA (Helena). V. Klein.
- WAHL (Paul). Distractions et travail intellectuel dans les asiles d'aliénés, 346.
- WALLON (H.). Caractère de l'enfant et orientation professionnelle, 309.
- WALSCHÉ (L. de). L'exophtalmie unilatérale, 905.
- WANDER (L.). Pathogénie et traitement de la migraine, 345.
- WATTS (James-W.) et FRAZIER (Charles-H.). Epilepsie autonome corticale, 528.
- WEIL (Mathieu-Pierre) et OUMANSKY (Victor). Parkinsonisme traumatique, 898.
- WEISSHEYER (Ch.). V. Blondel.
- Tumeur du lobe frontal droit intéressant le noyau caudé, 914.
- WESTERMAN-HOLSTIJN. Génèse et guérison d'une phobie infantile, 718.
- WHELEN (M.). V. Beck.
- WHITEHEAD (Richard-W.) et NIEL (Edwin-E.-Mc). Les hormones œstrogènes dans l'épilepsie et la migraine, 542.
- WHITEHORN (J.-C.), KAUFMAN (M.-R.) et THOMAS (J.-M.). Etat du cœur par rapport aux perturbations émotives, 517.
- WINTSCH (Jean). Les premières manifestations motrices et mentales de l'enfant, 296.
- Le dessin, témoin du développement mental, 727.
- Le dépistage précoce des oligophrènes, 728.
- WITTKOWER (E.). Influence des émotions sur les fonctions organiques, 517.
- WIZE (Casimir). Culture et psychopathologie, 609.
- WOLF (M.) et STEIN (W.). Syndrome migraino-tétanique avec symptômes de grande hystérie, 532.
- V. Sterling.
- WUITE (J.). V. Behr.
- WULF (A. de). Migroglie normale chez le singe, 500.
- V. Smeth.

Y

- YASKIN (Joseph-C.). Le sentiment d'irréalité, 305.
- Psychothérapie du torticollis spasmodique, 930.

Z

- ZADOV. Rigidité décérébrée incomplète, 120.
- ZARA (E.). Sclérose en plaques et troubles mentaux, 524.
- ZILBOORG (Gregory). Aspects physiques des maladies mentales, 726.



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



TUBERCULOSE ET DÉMENCE PRÉCOCE

*Recherche du virus tuberculeux
dans le liquide céphalo-rachidien et le sang
de déments précoces atteints de tuberculose*

PAR

J. BEERENS (1)

Les possibilités d'une relation entre l'infection bacillaire et certains cas de démence précoce ont préoccupé, depuis longtemps déjà, les aliénistes. Les anciens psychiatres, et parmi eux, les auteurs de la description de la symptomatologie de cette affection, Morel, Ball, Kræpelin, mentionnent la fréquence de la mort par phtisie pulmonaire au cours de cette maladie.

Cette constatation a servi de base à la recherche et à la discussion de l'étiologie éventuellement tuberculeuse de cette maladie.

Il est superflu de rappeler tous les travaux que cette hypothèse a fait naître parmi les biologistes et les psychiatres de

(1) Travail du laboratoire de Psycho-Pathologie de l'Université de Gand. (Directeur : Prof. R. NYSSSEN).

différents pays. Mais il n'est cependant pas indifférent de revenir sur les principaux mémoires et travaux d'ensemble en montrant et critiquant les considérations et interprétations avancées à la défense de cette opinion. Nous exposerons ensuite nos recherches personnelles, consistant en des tentatives de mise en évidence du virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien de déments précoces hétérophrénos-catatoniques bacillaires, par la technique récente de l'inoculation du produit à examiner au cobaye sensibilisé ultérieurement à l'infection tuberculeuse par des injections répétées d'extrait acétonique de bacilles de Koch. C'est en situant notre étude dans l'ensemble des recherches de laboratoire se rapportant au problème des rapports entre la tuberculose et la démence précoce, que nous tâcherons de faire le point de cette question.

Considérations d'ordre clinique et statistique

En 1906, H. Claude et F. Rose firent une étude d'une observation suggestive d'un cas de catatonie survenu chez un tuberculeux pulmonaire et présentant à l'autopsie des lésions de méningite scléreuse ancienne avec altération des cellules corticales et non des lésions cellulaires alors classiques de la démence neuro-épithéliale d'après Klippel et Lhermitte. Plus récemment, D'Hollander a rapporté des faits anatomiques analogues.

Un terrain organique spécial, tant héréditaire que constitutionnel, serait, pour certains auteurs allemands, commun aux deux affections ; on le trouverait chez des sujets réalisant les types « asthéniques » ou « leptosomes » de Kretschmer. Luxemburger (1927) souligne l'analogie du type asthénique avec le type pré-tuberculeux de Landouzy. Ces conceptions éveillent de suite des critiques. D'abord, ces divers types correspondent à des groupes très peu définis et qui constituent plutôt une vue de l'esprit qu'une réalité indiscutable. Ensuite, l'habitus pré-tuberculeux de Landouzy manifeste une imprégnation bacillaire déjà réalisée, car on est ou l'on n'est pas tuberculeux.

S'il est exact que tant de déments précoces meurent tuberculeux, comme sembleraient le prouver des observations cliniques montrant la fréquence des épisodes de nature bacillaire au cours de l'évolution de cette psychose (Léo Wolfer, 1919, rapport de Privat, de Fortunié et Geney, 1930), ainsi que des autopsies de Zalla (1923) et de Bonasera (1925), il paraît éminemment plus plausible d'admettre, chez ces malades, l'hypothèse d'une tuber-

culisation secondaire, favorisée par leur déchéance physique et les conditions d'existence des pensionnaires des asiles, que l'existence d'un terrain organique spécial.

Le contrôle de l'exactitude de cette dernière hypothèse ne peut se faire que par une étude statistique judicieusement conduite. En premier lieu, nous insisterons sur la fréquence de la tuberculose chez les aliénés. Comme le fait remarquer Arnould, pour établir une étude comparative entre la mortalité tuberculeuse des aliénés et des sains d'esprit, on ne peut retenir que les chiffres des auteurs qui ont pris soin d'établir, pour chaque groupe, le rapport entre le nombre des décédés par tuberculose et celui des vivants qui les ont fourni, dans un laps de temps déterminé. Les groupes des aliénés étant formés d'adultes d'âge moyen, la comparaison ne peut se faire qu'avec des statistiques où l'on a pris soin d'éliminer les sujets en-dessous de 15 ans du calcul de la mortalité tuberculeuse de la population.

Voici quelques exemples à ce sujet :

AUTEURS	RÉGIONS	PÉRIODES	MORTALITÉ TUBERCULEUSE DES ASILES POUR 10.000	MORTALITÉ TU- BERCULEUSE DE LA POPULATION POUR 10.000
Nœtel.....	Prusse	1886 à 1888	130	39
Heimann.....	Prusse	1892 à 1897	110	29 (en 1897)
Osswald.....	Hesse	1877 à 1901	148	37,5
Werner.....	Saxe	1901 à 1905	96,7	27,5
		1906 à 1914	87,3	23,0
		1921 à 1924	127,3	14,1
Publication du Board of contro- le (Angleterre).		1905 à 1914	164 soit plus de 6 fois supé- rieure à celle de la po- pulation de 15 à 70 ans.	
Blumenfeld.....	Clermont	1923 à 1931	138	au moins 25

On peut donc penser, comme Arnould, qu'on a couramment observé, dans les asiles d'aliénés, une mortalité tuberculeuse quatre à six fois plus forte que celle de la population ordinaire d'âge correspondant à celui des aliénés. Ces malades représentent donc un des groupes humains les plus maltraités par la tuberculose.

La fréquence de l'association de la tuberculose avec la démence

précoce se fonde sur deux sortes de statistiques. Les premières établissant le pourcentage des décès tuberculeux de chaque forme d'aliénation mentale sur les décès généraux des formes correspondantes, ont été faites par Ganter (1909), Durocher, les statisticiens prussiens pour 1907-1908, Löw (1917), Plasseler (1913), Schröder (1914), Lempp (1921), Zalla (1923), Wechsler (1933). Elles montrent qu'en moyenne, la moitié des décès des déments précoces ou schizophréniques (pour les auteurs allemands) sont dus à la tuberculose.

Les secondes établissent le pourcentage des décès tuberculeux de chaque forme d'aliénation sur les décès tuberculeux de l'ensemble des formes. De semblables statistiques ont été faites par Osswald (1902), Ganter (1909), les statisticiens prussiens pour 1907-1908, Löw (1917), Plasseler (1913), Lempp (1921), Zalla (1923), Ostmann (1926), Blumenfeld (1933), Wechsler (1933). Elles montrent qu'en moyenne, la moitié (50,1 %) des décès tuberculeux produits par le total des aliénés dans les asiles est fournie par les déments précoces, ou plutôt schizophréniques (la plupart des auteurs précités sont allemands). L'autre moitié provient de l'ensemble des malades atteints d'autres formes d'aliénation.

Malheureusement, nous ne pouvons rien déduire de l'une ou de l'autre statistique. La première, établissant le rapport entre les décès tuberculeux et les décès généraux de chaque forme, ne permet pas de comparaison utile entre les diverses maladies mentales au point de vue fréquence des décès par tuberculose, car elle ne fait pas de sélection dans les diverses formes, en établissant des comparaisons entre sujets de même âge.

De même, dans chaque groupe d'aliénation, on ne trouve pas un nombre identique de sujets porteurs des mêmes tares (syphilitiques par exemple), et susceptibles d'influencer, par leur dispersion inégale, la mortalité générale du groupe considéré.

La seconde statistique, exprimant le rapport entre le nombre des décès tuberculeux de chaque forme d'aliénation et le total de décès tuberculeux de l'ensemble des formes, n'indique pas quels effectifs respectifs, pour les diverses catégories, ont fourni les chiffres des décès tuberculeux. Les différences numériques qui existent entre les effectifs de ces catégories, tout comme un nombre différent de tuberculeux dans chacune d'elles, peuvent faire varier le quotient du rapport.

D'après les principes de la statistique, l'expression, mortalité tuberculeuse, s'applique au seul rapport entre le nombre des décès par tuberculose et le *nombre des vivants* qui les ont fournis.

Les médecins des asiles allemands semblent s'accorder à estimer que les schizophréniques représentent d'ordinaire 52 % de la population des établissements (45 %, Werner ; 60 %, Mayer-Gross ; 56 %, Wechsler). Or, la seconde série des statistiques signalée plus haut, nous a montré qu'en moyenne, 50,1 % des décès tuberculeux produits par le total des aliénés des asiles est fourni par les schizophréniques : autrement dit, cette catégorie de malades, qui représente à peu près la moitié de l'effectif des aliénés, fournit à peu près la moitié des décès tuberculeux des asiles.

En pays d'expression française, on assigne d'ordinaire à la démence précoce, une extension moins forte que celle attribuée outre-Rhin à la schizophrénie. Aussi, les déments précoces sont-ils considérés comme représentant un tiers des aliénés. Blumenfeld, à l'asile de Clermont, trouve 27,2 comme pourcentage exprimant la part des décès tuberculeux des déments précoces sur l'ensemble des décès par tuberculose des aliénés. Ces données prouvent que le rapport des décès tuberculeux des déments précoces au total des décès tuberculeux de l'ensemble des aliénés est toujours sensiblement égal au rapport de l'effectif des déments précoces à l'effectif total des diverses sortes d'aliénés.

Un autre argument, basé sur des données statistiques et opposé à l'origine bacillaire de la démence précoce, est le suivant. Les groupes juifs semblent offrir une remarquable résistance au développement de la tuberculose, mais aussi une surprenante disposition à des manifestations de la démence précoce.

En Lettonie (Siebert), on compte 27 déments précoces sur 100 aliénés juifs et 18,5 sur 100 aliénés lettons. A Leipzig, Neustadt trouve, chez les aliénés juifs, un pourcentage de 29,9 déments précoces, parmi les aliénés non juifs, un pourcentage de 18 déments précoces. Des statistiques confirmant ces données ont été faites par Gutmann en Bavière, par Malzberg à New-York et par Becker en Pologne.

Ce groupe juif se comporte à l'inverse de celui des nègres transportés à la métropole, où on rencontre un parallélisme notoire entre les nombres élevés de la mortalité par les deux affections.

Dans leur étude des rapports entre la tuberculose et la démence précoce, H. Claude, J. Dublineau, Borel et Rouart (1934), font une enquête sur la tuberculose dans les antécédents personnels et familiaux des malades. Ils en concluent, en dehors de toute question de pathogénie, que la tuberculose se retrouve souvent dans les antécédents personnels ou héréditaires (ou les deux à la fois), des sujets atteints de cette psychose. Elle n'est pas rare dans

les formes voisines, intermédiaires entre la démence précoce classique et tous les états délirants chroniques. Elle est plus rare, au contraire, dans les antécédents des autres malades et de leur entourage.

Au contraire, selon Charpentier, l'hérédité tuberculeuse se retrouverait dans les mêmes proportions chez tous les malades,

PAYS OU VILLES	AUTEURS	MORTALITÉ TUBERCULEUSE PARMI LES JUIFS	MORTALITÉ TUBERCULEUSE DE LA POPULATION NON JUIVE
Tunis(1895 à 1900) ..	Tostivint	7,5 ‰	Européens : 51 ‰ Musulmans : 113 ‰
New-York (1890)...	Sofer	12,5 (pour Russes et Hongrois, la plupart juifs).	20,5
New-York (1901)...	Fishberg	18 (population du quartier juif)	45 (quartiers habités par Italiens et Irlandais).
New-York (1919 à 1921) ...	Drolet	8,6 (juifs polonais)	12,8 (natifs blancs) 13,3 (Allemands) 30 (Irlandais)

si on la recherchait, et la tuberculose ne semblerait pas agir autrement que d'autres hérédités morbides, syphilitiques ou dégénératives notamment.

Les données cliniques et statistiques ne semblent donc pas apporter de faits prouvant l'origine tuberculeuse de la démence précoce. Mais on a cherché des preuves dans la biologie. Les recherches entreprises dans ce domaine peuvent se diviser en trois groupes d'inégale valeur :

- 1° bacillémie tuberculeuse chez les déments précoces ;
- 2° les réactions tuberculiniques et les études sérologiques ;
- 3° l'examen du liquide céphalo-rachidien et de la substance cérébrale des malades.

II

Recherches biologiques

LA BACILLÉMIE TUBERCULEUSE AU COURS DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

1° *L'hémoculture*. — En 1931, Löwenstein trouva 10 hémocultures positives sur 24 sangs de déments précoces. Plus tard, cet auteur affirme avoir obtenu des cultures de bacilles de Koch par ensemencement des sangs de malades atteints de diverses affections nerveuses, telles la névrite rétrobulbaire, la sclérose en plaques et la chorée. Bruynhoghe et Adant ont trouvé le bacille de Koch dans le sang de trois malades atteints de démence précoce.

Ces résultats n'ont malheureusement pu être confirmés par divers auteurs qui repriront cette étude. Ainsi, Meyer et Schöde sur 50 hémocultures, Kottman sur 10, A. Saenz, A. Pascal et L. Costil sur 41, Anaïdes, Papanargyron et Scouras sur 14, Rodiet, Nevot et Maillefet sur 18, Beck sur 125 essais, sont arrivés à des résultats totalement négatifs.

2° *Inoculation au cobaye*. — A. Claude, F. Coste, J. Valtis et F. Van Deinse purent mettre en évidence le virus tuberculeux de sang de déments précoces par inoculation du produit aux cobayes traités ultérieurement par des injections d'extraits acétonique de bacilles de Koch. Ils obtinrent 4 cas positifs sur 19 essais. Cependant, récemment, Beck n'a pu confirmer ce résultat par la même méthode.

VALEUR DIAGNOSTIQUE DE LA BACILLÉMIE

Les résultats obtenus sont contradictoires et ne permettent pas de conclusions. Même en présence de résultats exclusivement positifs, pour différents motifs, il serait téméraire, à notre avis, de rattacher la démence précoce à la tuberculose. Ainsi, la bacillémie a pu être constatée au cours de plusieurs affections non tuberculeuses : rhumatisme polyarticulaire, maladie mitrale, péricardite rhumatismale, pneumonie franche à pneumocoques, maladie d'Osler, etc. Elle prouve simplement qu'en diverses circonstances, le virus tuberculeux peut circuler dans le sang, véhiculé vraisemblablement avec les éléments blancs provenant de foyers tuberculeux latents.

LES RÉACTIONS TUBERCULINIQUES
ET LES RÉACTIONS SÉROLOGIQUES SANGUINES

Baruk, Bidermann et Albane (1932) recherchèrent les réactions allergiques (cuti-réaction à la tuberculine, réaction de Vernes et de Besredka) au cours de l'évolution de cette psychose. Ils constatèrent que les 65 malades examinés présentèrent des réactions allergiques extrêmement intenses et nettement plus accentuées que celles des sujets normaux. Ainsi, les déments précoces se trouvent à la fois sensibilisés vis-à-vis de la tuberculose et relativement mieux armés contre elle. Mais si leurs réactions allergiques de défense leur permettent souvent de ralentir l'évolution de leurs lésions tuberculeuses, les auteurs admettent qu'elles leur confèrent, comme contre-coup, des perturbations humorales importantes qui retentissent très probablement sur le système nerveux et l'état mental.

Cependant, il est utile de noter ici les recherches de Paul Abély. Cet auteur, ayant tenté chez des déments précoces des cuti-réactions en partant d'autres toxines, constata également des réactions fortes et prolongées. M. Abély se demande si cette catégorie de malades ne présente pas une allergie particulière vis-à-vis des toxines en général.

H. Claude, F. Coste, Valtis et Van Deinse (1933) constatèrent, sur les 12 cas où les auteurs mirent en évidence le virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien, 8 fois une cuti-réaction de moyenne intensité, 2 fois une réaction forte, une fois une réaction faible, et une fois une réaction négative.

Vié (1930) a examiné 100 sangs de déments précoces par la réaction de fixation avec l'antigène de Besredka et a obtenu 23 % de résultats positifs. Kindermann et Hofmann ont étudié le sérum sanguin de 100 schizophrènes par l'épreuve de l'antigène tuberculeux de Witebsky, Kuhn et Klingenstein. La réaction a été positive dans 13 cas seulement. Un pourcentage plus élevé (36,7 %) fut obtenu par Baldi (1934), en employant l'antigène méthylique de Nègre et Boquet ; mais dans une série de contrôle faite sur d'autres malades mentaux non déments précoces il a constaté presque le même pourcentage (34 %) de cas positifs. De même, il n'a pu trouver par l'épreuve tuberculinique de différence nette entre les déments précoces et les autres malades mentaux.

Beck (1934), utilisant la technique de Calmette-Massol avec l'antigène méthylique de Boquet et Nègre, nota 21,5 % de cas positifs des 65 sérums de déments précoces examinés. La réac-

tion fut toujours négative pour 50 sérums témoins d'autres malades mentaux. La réaction de Vernes a été positive dans 10,7 % des cas du premier groupe et une fois seulement dans ceux du second groupe. La cuti-réaction et l'intradermo-réaction à la tuberculine et à un filtrat de bacilles tuberculeux jeunes, riches en ultra-virus, ont donné des résultats positifs dans 60 % des cas de démence précoce, et dans 95,5 % des cas pour d'autres maladies mentales. Les réactions allergiques chez les déments précoces étaient souvent plus marquées que chez d'autres malades. Les réactions dissociées à la tuberculine et au filtrat ne furent jamais observées. Beck conclut que les résultats obtenus permettent de croire à la fréquence de la tuberculose chez les déments précoces et non au rôle étiologique de cette affection.

EXAMEN DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Recherches sérologiques. — Si l'on croit pouvoir considérer la démence précoce comme une maladie cérébrale produite par l'action du virus tuberculeux, on doit, par analogie avec la syphilis nerveuse, s'attendre également à trouver des modifications sérologiques dans le liquide céphalo-rachidien, dues à une infection causée par le virus tuberculeux.

Partant de cette idée, Beck (1934), par la technique de Calmette-Massol avec l'antigène de Boquet et Nègre n'a obtenu aucun résultat positif sur 42 liquides céphalo-rachidiens de déments précoces examinés. Les liquides ne contenaient ni anticorps ni antigènes.

Le même auteur, sur 10 liquides céphalo-rachidiens de méningite tuberculeuse, obtient, dans 4 cas seulement, la présence d'anticorps tuberculeux, mais aucun n'a montré de pouvoir antigénique. La réaction de Vernes fut toujours positive pour les liquides céphalo-rachidiens de méningite tuberculeuse et négative pour les liquides de déments précoces.

Baruk, Bidermann et Albane (1932) ont obtenu, rarement peut-être, en injectant à des cobayes tuberculeux, par voie sous-cutanée, du liquide de déments précoces, une réaction nécrotique sans bacilles de Koch localement constatables. Cette réaction a été interprétée par les auteurs comme un phénomène de Koch. En même temps, sont apparus chez les animaux des troubles nerveux pouvant faire admettre des propriétés neurotropiques des liquides.

Ce phénomène de Koch n'a pu être obtenu, dans les mêmes circonstances, par Xavier et Paul Abély et A. Couléon (1932),

ainsi que par Barahoma Fernandès (1934). Cet auteur fit, en outre, sans résultats, des cuti-réactions chez l'homme et chez l'animal avec du tissu du cerveau de déments précoces préparé comme la tuberculine.

Recherche du bacille de Koch et du virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien de déments précoces. — Il est, en effet, indiscutable que, durant la vie des malades, seule la recherche du virus tuberculeux dans le liquide peut contribuer utilement à la solution du problème. L'étude des réactions sérologiques est, tout au plus, capable de confirmer l'existence de la tuberculose.

Toulouse, Valtis, Schiff et Van Deinse (1932) ont, les premiers, décelé la présence de l'ultra-virus dans le liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce cliniquement non tuberculeux.

D'Hollander et Rouvroy (1932-1933), sur 12 malades atteints de démence précoce type Morel, ont obtenu 11 résultats positifs. Mais, de l'avis de Claude, Coste, Valtis et Van Deinse, « la lecture de leur travail laisse planer des doutes sérieux sur les caractères et la légitimité de la tuberculose qu'ils auraient observés chez leurs cobayes inoculés, et permet de craindre qu'il se soit agi, le plus souvent, de pseudo-tuberculose ».

Puca (1932) a étudié 47 malades, pour la plupart hébéphrénocatatoniques et quelques-uns paranoïdes. Il a inoculé leurs liquides céphalo-rachidiens dans les ganglions cervicaux (méthode de Ninni), et dans le péritoine avec phosphate de calcium (méthode de Van Deinse). Dans 7 cas, il a observé des granules acido-résistants sur les frottis des organes des animaux inoculés. Dans un travail ultérieur, il ensemença sur du milieu à l'œuf 39 liquides de déments précoces sans manifestations cliniques de tuberculose. Il obtint 9 résultats positifs. Des ensemencements de contrôle de liquides d'autres malades furent tous négatifs.

H. Claude, F. Coste, J. Valtis et F. Van Deinse (1933), inoculant à des cobayes traités ultérieurement par des injections bi-hebdomadaires d'extrait acétonique pendant 3 à 4 mois, des liquides de déments précoces, obtinrent 11 inoculations positives sur 19 cas étudiés. H. Claude et Coste (1934), reprenant ultérieurement cette étude suivant la même technique, n'ont pu confirmer leurs premiers résultats (19 cas étudiés).

Récemment, Beck (1935) examina, par la méthode de l'inoculation au cobaye suivie d'injections répétées d'extrait acétonique, 27 sangs, 27 liquides céphalo-rachidiens et 2 spécimens de cerveau de déments précoces. De son étude, il résulte qu'il n'y a pas le moindre indice de la présence de bacilles tuberculeux dans les

produits précités. Cet auteur avait déjà signalé ultérieurement (1934) les résultats négatifs obtenus par ensemencement des liquides sur milieu de Löwenstein.

Dide et Aujalen (1934) obtinrent, par inoculation du liquide au cobaye non allergique, des réactions ganglionnaires sans tendance à la caséification, une congestion banale des organes et une dégénérescence graisseuse du foie.

Barahoma (1934), inoculant au cobaye des liquides d'émulsion cérébrale de déments précoces, prélevés à l'autopsie, n'obtint que des résultats négatifs.

*
**

La revue générale que nous venons d'esquisser nous permet d'émettre des doutes sérieux sur les relations qui existent entre la démence précoce et la tuberculose.

Les considérations émises peuvent se résumer comme suit :

1° Les conditions de vie dans les asiles exercent une grande influence sur le taux de la mortalité tuberculeuse des aliénés. La forme prédominante de l'aliénation mentale est la démence précoce, aussi cette forme semble-t-elle, à première vue, fournir un grand nombre de décès par tuberculose.

2° Une interprétation correcte des données statistiques montre que la mortalité tuberculeuse des déments précoces est sensiblement la même que la mortalité tuberculeuse des autres aliénés.

3° L'hémoculture constitue par elle-même un argument de valeur incertaine. Sa constatation n'implique pas qu'on doive lui rattacher les signes cliniques observés chez le malade.

4° Les recherches sérologiques sanguines et les réactions tuberculiniques tendent à montrer la fréquence de la tuberculose chez les déments précoces, mais ne permettent pas d'établir un lien étiologique entre les deux affections.

5° Les liquides céphalo-rachidiens des malades ne contiennent ni antigènes, ni anticorps tuberculeux.

6° La présence du virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien, admise par quelques auteurs, est fortement contestée par d'autres.

RECHERCHES PERSONNELLES

Désirant nous approcher davantage encore de l'étiologie tuberculeuse éventuelle, nous avons limité notre recherche à l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien de déments précoces,

hébéphrénocatatoniques (pour la plupart), porteurs de lésions tuberculeuses évolutives pulmonaires ou osseuses, et contrôlées bactériologiquement, à l'exception d'un malade atteint de lupus vraisemblablement tuberculeux.

Technique utilisée (1). — Dans une série de recherches poursuivies depuis plusieurs années, Boquet et Nègre ont étudié comparativement l'influence des constituants lipoidiques et ciro-graisseux du bacille de Koch sur l'évolution de la tuberculose expérimentale. Les extraits bacillaires solubles dans l'alcool méthylique sont constitués de phosphatides et connus sous le nom d'antigène méthylique. Cet antigène est employé dans le traitement de diverses formes de la tuberculose. Les extraits bacillaires solubles dans l'acétone et constitués principalement des substances ciro-graisseuses du bacille de Koch, possèdent une action activante sur l'évolution de la tuberculose expérimentale des petits animaux de laboratoire. Avec Nègre, Valtis et Van Deinse, nous avons utilisé cette propriété pour mettre en évidence le virus tuberculeux dans divers produits pathologiques. Dans les cas où l'ensemencement sur milieu de Löwenstein ou Petagnani et l'inoculation au cobaye ont donné des résultats négatifs pour la tuberculose, on peut voir apparaître des lésions tuberculeuses chez les cobayes inoculés avec le même produit lorsque ces animaux ont été soumis, pendant deux mois ou davantage, à des injections sous-cutanées bi-hebdomadaires de 1 cc. d'extrait acétonique, ce qui correspond à 1 ctgr. de bacilles pesés à l'état sec.

Conduite de l'expérience. — Chaque produit pathologique où l'on soupçonne la présence du virus tuberculeux est inoculé sous la peau de la cuisse droite de trois à six cobayes. Ces animaux sont traités deux fois par semaine par des injections de 1 cc. d'extrait acétonique, faites à l'endroit d'inoculation du produit ; 5 à 6 semaines après l'inoculation, les animaux sont éprouvés à la tuberculine.

Au bout d'un certain temps (2 mois ou plus), les cobayes sont sacrifiés ; afin d'être certain que leurs organes ne contiennent pas de bacilles de Koch, les ganglions, la rate et les poumons sont broyés. Une partie de ce produit est inoculée à d'autres cobayes, qui seront traités par des injections d'extrait acétonique. Ces cobayes seront, comme les précédents, éprouvés après un certain

(1) Nous tenons à dire ici toute notre vive reconnaissance et nos sincères remerciements à M. le Docteur Nègre qui a bien voulu nous fournir l'extrait acétonique durant toute la durée de nos expériences.

temps à la tuberculine et sacrifiés 2 à 3 mois ou davantage après l'inoculation. L'autre partie estensemencée pour l'obtention d'une culture sur milieu de Petraghiani ou de Löwenstein. Si la culture est négative, les derniers cobayes inoculés sont sacrifiés ; leurs organes seront broyés, inoculés à de nouveaux cobayes etensemencés. Ce n'est souvent qu'au deuxième ou troisième passage chez le cobaye, que des lésions plus prononcées apparaissent, lésions riches en bacilles et donnant des cultures caractéristiques sur milieu à l'œuf.

Une fois la culture obtenue, elle doit être inoculée en vue de son identification et de l'étude de son pouvoir pathogène à divers animaux de laboratoire (cobaye, lapin, poule, etc.). Seul le résultat de cette dernière épreuve permettra d'affirmer avec certitude la présence du virus.

OBSERVATION I (D^r Lamsens, Institut de Duffel). — H. E., née le 12-2-1887. Mariée, sans enfants. Entre à la clinique le 11-1-1927. Mère épileptique. Pas de tuberculose dans les antécédents personnels et familiaux.

H. E. a eu beaucoup de chagrin à la suite d'une mésentente avec son mari. A partir de 1924 se développe chez elle un délire de persécution et de grandeur non systématisé : elle entend des voix et prétend qu'on agit sur elle avec des fils. Elle se dit une comtesse double. Lors de son admission, la malade est délirante, hallucinée, indifférente, apathique, négativiste et incohérente. Dans la suite, l'affaiblissement mental est progressif. Actuellement, son indifférence affective s'accroît ; la malade n'exprime aucun désir, ne demande personne, perd tout contact affectif avec son entourage. A certains moments, elle refuse tous soins, arrache son pansement et se montre agressive et violente. Des hallucinations visuelles et auditives provoquent chez elle des réactions violentes.

Etat physique : fièvre hectique, cicatrice d'ostéite du coude gauche, tuberculose fistulisée du gros orteil droit. Tuberculose pulmonaire bilatérale excavée.

Inoculation du liquide et du sang le 11-2-35. Après un passage le 3-6-35 animaux sacrifiés le 5-10-35. Autopsie et ensemencement des organes : néant.

OBSERVATION II (D^r Lamsens). — N. M., née le 26-7-1896. Célibataire. Entrée le 27-3-1929. Père mort de tuberculose pulmonaire. La malade devient déprimée à la suite de chagrins intimes en 1928.

Lors de son admission, elle est triste, inhibée, méfiante ; elle présente un délire de persécution hallucinatoire incohérent.

Dans la suite, la malade reste délirante. Le négativisme et l'indifférence affective sont très prononcés. Refus de répondre aux questions.

Refus des aliments et des soins corporels. Ne veut pas sortir de son lit, mouille celui-ci. Désintéressement complet, semble ne connaître personne de son entourage. Périodes d'agitation psycho-motrice avec vociférations et injures. L'affaiblissement mental est progressif.

Etat physique : pleurésie sérofibrineuse en 1929. Actuellement atteinte de tuberculose pulmonaire bilatérale à lésions prédominantes à gauche. Inoculation du liquide et du sang le 11-2-35. Après un passage le 24-3-35, animaux sacrifiés le 27-9-35. Autopsie et ensemencement des organes : néant.

OBSERVATION III (D^r Lamsens). — J. M., née le 20-11-1906. Mariée, 4 enfants. Entre à la clinique le 16-4-31. Son mari est en traitement dans un sanatorium pour tuberculeux. J. M. commence à négliger son ménage après la naissance de son premier enfant. Elle entre présentant les symptômes suivants : idées délirantes absurdes et incohérentes. Elle prétend être à la fois Dieu et la Sainte Vierge. Hallucinations auditives avec réponse de la malade. Urine au lit pendant une semaine et prétend agir de la sorte par ordre impératif. Troubles affectifs prononcés, ne parle jamais de ses enfants, n'a pas de contact affectif avec son entourage.

Elle a de fausses reconnaissances de personnes, prend les malades et les infirmières pour les membres de sa famille. Autisme. Rit en elle-même. Soliloquie. Se cache sous ses couvertures. Son humeur est très labile. Passage brusque du rire aux larmes et vice-versa. Dans la suite, l'indifférence et l'état démentiel s'accroissent. Elle présente des alternances d'impulsion et d'agitation. Pendant les bonnes périodes elle se montre puérile et maniérée. Dans ses moments d'agitation elle est impulsive, agressive, très négativiste, attaque le personnel. Le gâtisme est alors complet. Elle souille les murs et ses vêtements avec ses excréments. Fistule tuberculeuse sous-axillaire à gauche.

Inoculation du liquide et du sang le 11-2-35. Après un passage le 15-6-35 animaux sacrifiés le 27-9-35. Autopsie et ensemencement des organes : néant.

OBSERVATION IV (D^r Lamsens). — H. A., née le 24-10-1900. Célibataire. Entrée le 20-2-1922. Une cousine germaine du côté paternel atteinte de tuberculose pulmonaire ; une cousine morte de tuberculose pulmonaire.

Lors de son admission, la malade présentait les symptômes suivants : de l'agitation psycho-motrice avec tendances agressives et impulsives ; des plaintes hypocondriaques, de la peur, de l'indifférence affective, de l'apathie en dehors de ses accès impulsifs. La malade est désorientée dans le temps et dans l'espace. Elle croit reconnaître d'anciennes connaissances dans le personnel infirmier. Elle a une tendance à perdre certains automatismes élémentaires ; se sert très mal de sa cuillère et de sa fourchette. Elle présente du négativisme, du rire, de la soliloquie, de l'indifférence affective et du gâtisme

intermittent. Actuellement la malade est profondément démente. Ses réponses sont absurdes et incohérentes. Elle exprime des projets contradictoires et puérils.

Etat physique : cachexie, fièvre hectique, tuberculose pulmonaire bilatérale excavée.

Inoculation du liquide et du sang le 11-2-35. Après un passage le 3-5-35, animaux sacrifiés le 27-9-35. Autopsie et ensemencement des organes : néant.

OBSERVATION V (D^r Muyle, Institut de Selzaete). — J. E., né le 18-6-1898. Pas de tuberculose dans les antécédents personnels et familiaux. Enfant unique. Début de l'affection à 25 ans. Soigné à domicile jusqu'au 17-10-35. Interné pour tendance au suicide.

A son entrée, ambivalence, attitudes maniérées, mutisme (Dieu lui impose le silence). Hallucinations auditives. Pas de paroles spontanées. Stéréotypies d'attitudes. Inertie complète ; doit être stimulé pour s'alimenter et s'habiller. Inaffectivité complète.

Dans la suite l'état mental s'est aggravé : rires, inaffectivité, indifférence complète.

Etat physique : ostéite du pied.

Liquide céphalo-rachidien : Bordet-Wassermann négatif. Leucocytes 1,6. Albumine 0,30. Chlorures 7,10. Benjoin : 00000.22222.00000. Tension : 52 assis.

Inoculation du liquide et du sang le 4-2-35. Après un passage le 24-6-35, animaux sacrifiés le 2-10-35. Autopsie et ensemencement des organes : néant.

OBSERVATION VI (D^r Muyle). — M. J., né le 1-4-1896. Père alcoolique, mère débile mentale. 7 enfants dont deux sont internés.

Premier internement le 20-8-1919 pour délire de persécution et excitation délirante avec impulsions, violences. A son entrée, excitation motrice avec anxiété, insomnie, tendances au suicide. Rendu à sa famille sensiblement amélioré le 28-2-1920. Second internement le 17-11-1920, pour violences, impulsions, onanisme et exhibitionnisme. Autisme caractérisé. Soliloquie, salade de mots, aucun contact affectif avec l'entourage. Ne répond pas aux questions. Hallucinations auditives polymorphes. Agitation motrice avec impulsions agressives.

Depuis accentuation progressive des troubles mentaux ; inaffectivité et indifférence ; périodes évolutives avec rémission intercalaire.

Sang : Bordet-Wassermann négatif.

Etat physique : loup de la face.

Liquide céphalo-rachidien : Bordet-Wassermann négatif. Leucocytes 1,4. Albumine 0,20. Chlorures 7,05. Benjoin : 00000.22100.00000. Tension : 42 assis.

Inoculation du liquide et du sang le 4-1-35. Après un passage le 24-6-35, animaux sacrifiés le 21-10-35. Autopsie et ensemencement des organes : néant.

OBSERVATION VII (D^r De Haen. Institut de Beernem). — M. E., né le 6-4-1895. Le début de l'affection remonte à 1914. Interné alors dans un asile à l'étranger. Les renseignements précis remontent à 1920. Indifférence affective, état démentiel, autisme, négativisme, refus des aliments, impulsivité agressive. Second internement le 18-1-1930. Euphorie, impulsions, verbigération, confusion des idées, excentricités, alternances de périodes de calme et d'agitation, alternatives d'opposition et de docilité, refus de la nourriture.

Etat physique : arthrite tuberculeuse suppurée du poignet gauche et du genou droit.

Décédé le 25-3-1935.

Inoculation du liquide et du sang le 15-2-1935. Après un passage le 27-7-35, animaux sacrifiés le 2-10-35. Autopsie et ensemencement des organes : néant.

OBSERVATION VIII (D^r De Haen). — H. O., né le 23-2-1912. Une sœur hystérique ; un cas de maladie mentale du côté maternel.

En décembre 1931, tendance à la fugue, ne parle pas pendant des semaines, refuse de manger, menaces de suicide. Interné le 31-3-1932. Inertie, mutisme absolu, manifestations catatoniques et cataleptiques, torpeur, refus des aliments, autisme, stéréotypie des attitudes, crises de pleurs ou de rire. En 1933, état stationnaire.

Décédé le 2-4-1935 de tuberculose pulmonaire et osseuse.

Inoculation du liquide et du sang le 15-2-35. Après un passage le 27-7-35, animaux sacrifiés le 5-9-35. Autopsie et ensemencement des organes : néant.

OBSERVATION IX (D^r De Haen). — D. A., né le 15-4-1896. Interné le 22-2-1934, présentant des idées de persécution, du mutisme, de l'indifférence, négativisme ; il est complètement désorienté. Dans la suite, refuse les aliments, agitation, hallucinations. Décédé le 10-5-1935 de tuberculose pulmonaire.

Inoculation du liquide et du sang le 1-3-35. Après un passage le 6-7-35, animaux sacrifiés le 2-10-35. Autopsie et ensemencement des organes : néant.

OBSERVATION X (D^r Verstraeten. Institut de Melle). — D. H., née le 17-2-1888. Mariée, sans enfants. Intelligence normale, travail régulier. En 1928, la malade devient en proie à des alternatives d'excitation et de dépression, fugues, stéréotypie.

Admise le 20-7-1928. Elle se montre dans un état de dépression catatonique avec négativisme et propos stéréotypés. Bordet-Wassermann négatif.

Bientôt survient une aggravation avec mutisme et sitiophobie. L'alimentation artificielle s'impose. En 1929, amélioration progressive, avec persistance d'un certain affaiblissement intellectuel et léger négati-

visme. Travail agricole. En 1930, évasion. En 1931, aggravation de l'état démentiel. En 1933, déchéance mentale complète ; stupeur catatonique et dénutrition.

En décembre 1934, périodes fébriles, tuberculose pulmonaire.

Décédée le 20-2-1935.

Inoculation du liquide et du sang le 12-2-35. Après un passage le 18-7-35, animaux sacrifiés le 2-10-35. Autopsie et ensemencement des organes : néant.

OBSERVATION XI (D^r Verstraeten). — S. C., née le 28-5-1881. Mariée, un enfant. Une sœur aliénée.

Plusieurs mois avant l'admission, excitation avec violences. Admise le 16-9-1916 pour hébéphrénocatatonie à la suite d'une phase d'excitation délirante avec impulsions, tendance au suicide, hallucinations visuelles. Au cours de l'observation l'état mental s'aggrave. S. devient profondément démente avec désorientation, négativisme, attitude arrogante et insultante, agressivité, accès de colère. Ralentissement psychique avec propos stéréotypés, chants monotones, faciès indifférent avec expression bizarre. Plus tard, tenue débraillée, impulsions brusques, attitudes stéréotypées. Bordet-Wassermann négatif.

En 1927, essai de travail au lit, avec échec intermittent en raison des impulsions.

En 1933, période fébrile avec toux, expectoration, tuberculose pulmonaire, démence complète avec dénutrition.

Décédée le 12-6-1935.

Inoculation du liquide et du sang le 13-2-35. Après un passage le 11-6-35, animaux sacrifiés le 5-10-35. Autopsie et ensemencement des organes : néant.

OBSERVATION XII (D^r Verstraeten). — V. M., née le 10-12-1896. Développement intellectuel normal. Vie tranquille, caractère doux, plutôt renfermé. Après des émotions et des chagrins importants en 1927, la malade est admise en juin 1928. Depuis quelques jours elle avait manifesté des alternatives d'excitation et de dépression, des idées délirantes et des hallucinations. Aux premiers examens, les réponses sont lentes, pénibles. Certains souvenirs de faits essentiels semblent faire défaut ; l'attention se soutient et se concentre difficilement ; inaffectivité et manque d'intérêt manifeste ; sourires niais ; hallucinations et illusions visuelles et auditives. Interprétations délirantes, agitation motrice.

Bordet-Wassermann négatif.

Malariathérapie ne donne pas de résultat.

Dans la suite, excitation psychique, impulsivité, violences.

En 1930, atténuation des symptômes. En 1932, aggravation conduisant à un état de démence complète avec agitation et dénutrition.

En octobre 1934, périodes fébriles, tuberculose pulmonaire. En janvier 1935, légère amélioration de l'état physique, moins d'agitation. En

mars 1935, aggravation de la tuberculose, suivie du décès le 3 mai 1935.

Inoculation du liquide et du sang le 13-2-35. Après un passage le 20-7-35, animaux sacrifiés le 2-10-35. Autopsie et ensemencement des organes : néant.

Dans un but de renseignement complémentaire, nous avons recherché, par la même méthode, le virus tuberculeux dans le liquide et dans le sang de trois tuberculeux pulmonaires non déments précoces. Au cours de ces dernières recherches, nous avons pu mettre une fois en évidence le virus tuberculeux dans un échantillon de sang. Cette bacillémie positive confirme des expériences faites antérieurement par nous à ce sujet dans un autre laboratoire. Les liquides céphalo-rachidiens de ces trois malades ont tous donné des résultats négatifs.

*
**

RÉSUMÉ. — Le sang et le liquide céphalo-rachidien des déments précoces tuberculeux dans lesquels nous nous sommes efforcés de mettre en évidence le virus tuberculeux, ont été maintenus 8 à 9 mois dans l'organisme de cobayes sensibilisés à l'infection tuberculeuse. Malgré cette longue observation, nous n'avons pu mettre en évidence le virus tuberculeux dans aucun produit pathologique provenant de déments précoces tuberculeux.

Ces résultats négatifs, chez des déments précoces présentant des lésions tuberculeuses évolutives, confirment, et à notre avis renforcent, ceux obtenus grâce à la même méthode par Claude et Coste et par Beck.

Ceci n'exclut évidemment pas l'étiologie tuberculeuse dans sa totalité. Cependant, il y a lieu de remarquer que Beck et Barahoma ont obtenu des résultats également négatifs en inoculant de la substance cérébrale de déments précoces, prélevée à l'autopsie.

Ces constatations se joignent d'ailleurs à celles de Beck, établissant l'absence d'antigène et d'anticorps tuberculeux dans les liquides céphalo-rachidiens de déments précoces. Elles confirment également les expériences de Barahoma montrant l'absence de toxines tuberculeuses dans la substance cérébrale des malades.

Devant l'ensemble des constatations précitées et prouvées par une série de nombreuses recherches faites dans divers laboratoires et par différents auteurs, il serait difficile d'admettre une étiologie tuberculeuse de la démence précoce.

CONCLUSIONS. — 1° Les travaux des auteurs cités plus haut montrent que les données statistiques n'apportent pas de faits irréfutables montrant la fréquence particulière de la mort par tuberculose au cours de la démence précoce.

2°) Les recherches de laboratoire faites par les techniques les plus appropriées, établissent l'absence de virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien des déments précoces, même tuberculeux, et les recherches sérologiques montrent l'absence de réactions positives pour la tuberculose.

3°) Dans l'ensemble, les recherches de laboratoires tendent à établir une étiologie non tuberculeuse de la démence précoce. Cette conclusion n'est pas contredite par les données statistiques.

Nous tenons à exprimer ici notre vive gratitude à feu M. le Prof. Hamelinck, aux suggestions et à l'appui duquel nous devons les débuts de nos recherches sur les relations entre la tuberculose et la démence précoce. Qu'il nous soit permis de remercier tout particulièrement M. le Prof. Bessemans qui, pour la réalisation de ce travail, n'a pas cessé de nous assurer son appui.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBANE. — Tuberculose et démence précoce : quelques recherches cliniques, biologiques et expérimentales. Le François édit., Paris 1934, *Thèse de Paris*.
- ALEBY (P.). — Les psychopathies tuberculeuses. XXIX^e Congrès des Aliénistes, Paris 1925.
- ALEBY (X. et P.) et COULÉON. — Recherches biologiques dans la démence précoce. *Soc. Méd.-Psych.*, 24 octobre 1932.
- ANAÏDES, PAPANARGYRON et SCOURAS. — Recherche sur l'hémoculture du bacille tuberculeux dans la démence précoce par la méthode de Löwenstein. *Soc. Biol.*, 16 décembre 1933.
- ARNOULD. — La mortalité tuberculeuse dans les asiles d'aliénés. *Rev. de Phtisiologie*, t. XV, n° 1, janv.-fév. 1934, p. 64.
- Le problème de la tuberculose chez les Juifs. *Rev. de Phtisiologie*, t. XV, n° 4, juillet-août 1934, p. 466.
- Tuberculose et démence précoce. *Presse Médicale*, n° 3, 10 janv. 1934, p. 48.
- F. BALDI. — Réactions cutanées à la tuberculine et réaction de fixation du complément dans la démence précoce et diverses affections mentales. *C.R. Soc. Biol.*, 20 janv. 1934.
- *C.R. Soc. Biol.*, t. CXV, 1934, p. 260.
- BARAHOMA FERNANDES. — Sur l'effet des injections au cobaye et au lapin, de liquide céphalo-rachidien de malades atteints de démence précoce. *C.R. Soc. Biol.*, t. CXVI, p. 167, 1934.

- BARAHOMA FERNANDES. — Recherches bactériologiques sur les rapports entre la tuberculose et la démence précoce. Soc. Biol., Lisbonne, in *C.R. Soc. Biol.*, t. CXVI, n° 17, 1934.
- BARUK, BIDERMAN et ALBANE. — Tuberculose et démence précoce. Les réactions allergiques chez les déments précoces : sensibilisation toxique, tuberculose torpide et troubles nerveux. *Soc. Méd.-Psych.*, 24 octobre 1932.
- Tuberculose et démence précoce. *Paris Médical*, 27 août 1932.
- BECK (A.). — Sur les relations entre la démence précoce et la tuberculose. *Ann. Inst. Pasteur*, t. LIII, août 1934, n° 2, p. 156.
- Sur les relations entre la démence précoce et la tuberculose. Etude bactériologique du liquide céphalo-rachidien. *C.R. Soc. Biol.*, t. CXVI, p. 870, 1934.
- BECKER (R.). — Bibliographisches Übersicht der Litteratur aus dem Gebiete Gelsteskrankungen bei der Juden. *All. Zeitschr. f. Psychiatr.*, 1932.
- BEERENS (J.). — Mise en évidence du virus tuberculeux dans divers produits pathologiques et en particulier dans le sang par la méthode des injections d'extrait acétonique. *Ann. Inst. Pasteur*, t. LII, p. 406, 1934.
- BLUMENFELD. — La tuberculose des déments précoces. *Thèse de Paris*, 1933.
- BONASERA. — *Pisani*, 45, 1925.
- BOQUET et NÈGRE. — *C.R. Acad. Sciences*, Paris, 3 mars 1925.
- BRUYNOGHE et ADANT. — La bacillémie tuberculeuse (discussion: MM. Bordet et d'Hollander). *Bull. de l'Acad. royale de Méd. de Belgique*, t. XIII, 1933-1934.
- CLAUDE (H.). — *Revue médicale franç.*, n° 4, 1934, Ann. XV, p. 321.
- CLAUDE (H.) et COSTE. — Sur les relations de la tuberculose et de la démence précoce. *Soc. Biol.*, 21 juillet 1934.
- CLAUDE (H.), COSTE, VALTIS (J.) et VAN DEINSE (F.). — Sur les relations pathogéniques du virus tuberculeux avec la démence précoce. *L'Encéphale*, n° 8, sept.-oct. 1933, p. 561.
- CLAUDE (H.) et BARUK (H.). — Tuberculose et démence précoce. Les troubles psychiques dans les phases torpides et dans les phases prémonitoires de la tuberculose. *Paris Médical*, 27 déc. 1930.
- CLAUDE (H.), DUBLINEAU, BOREL et ROUART. — La tuberculose dans les antécédents personnels et familiaux des déments précoces et des autres psychopathies. *Paris Médical*, n° 8, p. 173, 24 février 1934.
- CLAUDE (H.) et ROSE (F.). — Etude clinique et anatomique d'une psychose toxi-infectieuse à forme catatonique du type démence précoce. *Soc. Psych.*, 19 nov. 1908, et *Encéphale*, décembre 1908.
- COSTE (F.). — Tuberculose et démence précoce. *Rev. Phtisiol. théor. et soc.*, 15, 51, 63, 1934.
- COSTE (F.), VALTIS (J.) et VAN DEINSE (F.). — Constatations expérimentales concernant l'étiologie tuberculeuse de certaines démences précoces. *Bull. Acad. de Méd.*, t. CIX, n° 23, Paris, 6 juin 1933.
- D'HOLLANDER et ROUVROY. — Recherches expérimentales sur la démence précoce. Inoculation au cobaye et au pigeon. *Journ. belge de Neur. et Psych.*, An. 32, n° 6, juin 1932, p. 361.
- La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? *Journ. belge de Neur. et Psych.*, Ann. 33, n° 1, janv. 1933, p. 21.

- D'HOLLANDER et ROUVROY. — La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? *Ann. méd.-psych.*, 14, n° 4, nov. 1932.
- DIDE et AUJALEN. — Bactéries dans le sang des déments précoces. *Soc. Méd.-Psychol.*, 28 mai 1934.
- Transmission expérimentale du virus filtrant par injection au cobaye de liquide céphalo-rachidien de déments précoces. *Soc. Méd.-Psychol.*, 28 mai 1934.
- DROLET. — Inheritance factor in tuberculosis. *Amer. Rev. of Tub.*, X, 1924-1925.
- FERRARI CARLO. — Demenza precoce e tubercolose. *Rinase Med.*, 204-205, 1934.
- FISHBERG. — Tuberculosis among the Jews. *VI^e Congrès International de la Tuberculose*, Washington, 1908.
- GANTER. — Ueber dit Todesursachen und andere pathologisch-anatomische Befunde bei Geisteskranken. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. LXVI, 1909.
- *Z. Tbk.*, 1926.
- HEIMANN. — Die Godesursachen der Geisteskranken. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. LVII, 1900.
- KINDERMANN et HOFMANN. — Der Nachweis vom Tuberkulose-Antikörpern in Serum Schizophrener. *Med. Klin.*, n° XLVIII, 24 nov. 1933, p. 1609-1610.
- KOTTMAN. — Cité par Mannteuffel, *Med. Klin.*, 1932, p. 42.
- LEMPPE. — Die Lebens und Krankheitsdauer bei Geisteskranken. *Arch. f. Ps. und Nerv.*, t. LXIII, 1921.
- LOEW. — Ueber Tuberculose Irrenanstalten. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. LXXIII, 1917.
- LOEWENSTEIN. — Ueber Tuberkelbazillämie und Nervenkrankheiten. *Wiener Med. Woch.*, t. XLVI, n° 8, 24 fév. 1933.
- Tuberkelbazillen im Blut und Liquor bei Chorea. *Wiener Klin. Woch.*, t. XLVI, n° 43, oct. 1933, p. 1288.
- *Zentrabl. f. Bakt. Parasitenk. und Infek.*, 1931, t. CXX.
- LUXENBURGER. — Tuberkulose als Todesursache in den Geschwisternschaften Schizophrener, Manisch-Depressiver und der Durchschnittbevölkerung. *Zeitschr. f. Neurol. und Psych.*, t. CIX, 1927.
- MALZBERG. — The prevalence of mental disease among Jews. *Mental Hygiene*, 1931.
- MANTEUFEL (P.). — *Med. Klin. Jg.*, 28, n° 4, p. 111, 1932.
- MAYER-GROSS. — In Bumke, *Handbuch der Geisteskrankheiten*, t. IX (Schizophrenie), Berlin, 1932.
- MEYER et SCHOEDE. — *Psych. Neur. Woch.*, 1931.
- NÈGRE (L.), VALTIS (J.), VAN DEINSE (F.) et BEERENS (J.). — Sur les services que les injections sous-cutanées de substances ciro-graisseuses du bacille de Koch peuvent rendre dans le diagnostic de la tuberculose par inoculation au cobaye. *Presse Médicale*, n° 103, déc. 1932.
- NEUSTADT. — *Die Geistestörung der Juden*. Dissertation, Leipzig, 1923.
- NOETEL. — Prophylaxe der Tuberkulose in Irrenanstalten. *All. Zeitschr. f. Psych.*, t. XLVIII, 1892.
- OSTMANN. — Untersuchungen über die Tuberkulose als Todesursachen in der Heilanstalt Schleswig. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, t. LXXXV, 1926.
- OSSWALD. — Die Tuberkulose in den Irrenanstalten. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, t. LIX, 1902.

- PAGNIEZ. — Tuberculose et démence précoce. *Presse Médicale*, 29 mars 1933.
- PRIVAT DE FORTUNIÉ et GENEY. — XXXIV^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française (Lille, 21-26 juillet 1930). *Encéphale*, t. XXV, p. 612, 1930.
- PLASSELER. — Die in den Jahren 1888-1904 in der Landes Heilanstalt f. Geisteskranken in Hall Verstorbenen und deren Todesursachen. *Arch. f. Psych. und Nerv.*, t. LI, 1913.
- PUGA (A.). — Mise en évidence de granules acido-résistants et de bacilles dans les organes de cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien de déments précoces. *C.R. Soc. Biol.*, t. CXI, p. 259, 15 oct. 1932.
- Premiers résultats de la culture du bacille de Koch par ensemencement de liquide céphalo-rachidien de déments précoces. *C.R. Soc. Biol.*, t. CXIII, p. 359, 27 mai 1933.
- RODIET, NÉVOT et MAILLEFER. — Recherche du bacille de Koch par hémoculture sur milieu de Löwenstein dans le sang de 18 déments précoces. *C.R. Soc. Biol.*, 19 juin 1934.
- TOULOUSE, VALTIS, SCHIFF et VAN DEINSE. — Virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce. *C.R. Soc. Biol.*, t. CVI, p. 1144, 1931.
- VIÉ. — Les groupes sanguins dans la démence précoce. Soc. Psych. Séance du 23 mars 1930, in *Encéphale*, t. XXV, p. 388, 1930.
- La réaction de Besredka dans la démence précoce. *Encéphale*, t. XXV, p. 314, 1930.
- WECHSLER. — Ueber Sterblichkeit bei Geisteskranken. *Schweiz. med. Woch.*, n° 15, 1933.
- Beitrag zur Frage der Tuberkulosehäufigkeit in der Irrenanstalt und ihrer Beziehung zur Schizophrenie. *Schweiz. Archiv. f. Neurol. und Psych.*, 1933.
- WERNER. — Geisteskrankheit und Tuberculose. *Klin. Woch.*, n° 8, 1929.
- WOLFER (L.). — Die Tuberkulogenes der Dementia Praecox. *Zeitschr. f. Neurol. und Psych.*, Bd. 52, p. 49, 1919.
- ZALLA. — Tuberculose e malattie mentali. *Rev. di Path. nerv. e ment.*, t. XXVII, 1922 ; t. XXVIII, 1923.

LES DOULEURS OBSÉDANTES EN GYNÉCOLOGIE

PAR

L. BOURRAT et R. COCHE (1)

Chez certaines femmes qui se plaignent de douleurs atroces à siège pelvi-génital, il n'est pas exceptionnel que l'examen le plus méticuleux soit incapable de déceler des lésions organiques, si minimes soient-elles. On peut alors se poser la question de la nature de ces algies (2). Leur ténacité, la facilité avec laquelle se produisent de perpétuelles rechutes font accorder, pour les expliquer, une importance prépondérante au terrain névropathique ; les malades qui en sont atteintes méritent bien qu'on les traite de « récidivistes de la salle d'opérations », puisque leur instabilité les conduit à des chirurgiens différents pour l'ablation successive de l'appendice, de la vésicule, des ovaires et même de l'utérus.

Il ne faut certes pas tomber dans l'excès qui consisterait à qualifier d'imaginaires toutes les douleurs dont on est incapable de découvrir l'explication et la cause dans une altération des organes. Certaines altérations peuvent être en effet inappréciables cliniquement, car tous les troubles, toutes les déviations ne correspondent probablement pas à des modifications tissulaires actuellement décelables. Bien plus, beaucoup de troubles de la cénesthésie peuvent avoir à leur origine une perturbation fonctionnelle qui ne se traduit par aucun symptôme direct. Sans

(1) Travail de la clinique neuro-psychiatrique de la Faculté de Médecine de Lyon (Professeur J. Lépine).

(2) Voir : « Contribution à l'étude des algies pelvi-génitales dites névropathiques chez la femme ; des douleurs obsédantes en particulier. » (Travail de la clinique neuro-psychiatrique de l'Université de Lyon. Professeur, J. Lépine), par R. Coche. *Thèse de Lyon*, 1935.

réduire le rôle du terrain névropathique, on ne perd ainsi pas de vue la notion de l'« épine irritative », point de départ organique d'une subtilité telle qu'il peut échapper à nos investigations, mais qui commande aux autres réactions morbides.

Pour que des faits de cet ordre soient probants, il convient que les malades observées aient subi préalablement l'examen de chirurgiens et de gynécologues autorisés. Souvent même, on ne voit de telles femmes qu'après une intervention qui a montré l'absence de toute lésion apparente, car le psychiatre est presque toujours consulté en dernier lieu.

Exposé des faits

Les algies obsédantes de la sphère génitale apparaissent chez la femme à tous les âges, mais on les rencontre avec une particulière fréquence au voisinage de la ménopause. Elles se déclanchent de façon plus ou moins brutale, souvent à la suite d'un petit incident d'ordre gynécologique, dont la réalité n'est pas douteuse mais dont l'importance, des plus minimes, est démesurément grossie par l'imagination.

Ces douleurs sont violentes et comparables soit à une névralgie, soit à la souffrance que pourrait provoquer la torsion des organes internes. Elles siègent en un point des organes génitaux, facile à atteindre par le toucher. Leur systématisation est plus ou moins fantaisiste suivant les cas, mais ne correspond à aucun territoire défini, à aucun trajet nerveux connu. La pression n'influence que très irrégulièrement la douleur et reste en général sans effet sur elle. Des irradiations ne tardent pas à apparaître ; leur irrégularité s'oppose à toute description d'ensemble et elles finissent souvent par envahir le corps tout entier, mais le maximum est toujours vaginal. Il n'est pas rare que des exacerbations se produisent capricieusement et dans les moments les plus variables de la journée. Souvent aussi, les algies passent par un maximum au moment des règles ou, après la ménopause, à la date des règles absentes. La fatigue physique a souvent aussi une action aggravante.

Des phénomènes annexes : trépidations, tremblement, ne sont pas rares. Le sommeil est toujours très troublé, et l'insomnie peut être complète.

Dans certains cas, on note des sensations de constriction thoraciques, des crises d'angoisse nocturnes, avec dyspnée, spasme pharyngé, sensation de mort imminente. Dans d'autres cas, c'est la fatigue générale qui prédomine ; le moindre effort intellec-

tuel ou surtout physique est impossible. Les cauchemars sont la règle.

L'examen somatique du système nerveux met en évidence les signes de la constitution hyperémotive de Dupré, ce qu'en termes plus modernes, on a dénommé les stigmates neuro-végétatifs de la névropathie anxieuse : hyperréflexivité tendineuse, tremblement des extrémités, instabilité du rythme cardiaque, réactions vaso-motrices intenses et prolongées, dermatographisme, etc...

De petits signes de dysendocrinie existent presque toujours, dénonçant, avant tout, l'insuffisance ovarienne ou la dysthyroïdie. Les résultats du métabolisme basal sont intéressants à connaître pour faire la part exacte de ce qui peut revenir à la thyroïde dans la genèse de tels troubles. D'après l'expérience de quelques cas, le rôle de cette glande est moindre qu'on ne le supposerait de prime abord, et il n'est pas rare d'observer même un abaissement du métabolisme chez des femmes présentant tous ces stigmates de la constitution hyperémotive, ce qui établit, entre elles et les basedowiennes vraies, suivant le terme de M. Labbé, une démarcation bien nette.

La nutrition est troublée, et l'amaigrissement peut être considérable, surtout si des phénomènes d'anorexie mentale se surajoutent.

L'examen gynécologique permet de constater l'intégrité des organes génitaux : utérus en situation normale, pas de lésions annexielles. Le chirurgien, que ces femmes consultent presque toujours le premier, a intérêt, avant de prendre une décision quelconque, à pratiquer une infiltration de novocaïne dans le ligament utéro-sacré (Cotte) ; la persistance des douleurs lui donnera la certitude qu'aucune lésion locale ne saurait être en cause. Ce n'est souvent qu'après avoir subi une ou plusieurs interventions mutilantes, mais infructueuses, que ces malades consultent un psychiatre.

Celui-ci ne tardera pas à constater que, telles que nous venons de les voir, ces douleurs pelviennes, que l'on pourrait qualifier de névropathiques, s'apparentent très nettement aux obsessions. On omet trop souvent de rappeler que le contenu de l'obsession n'est pas forcément d'ordre intellectuel et représenté par un sentiment, une idée ou une tendance ; à côté des accès obsédants faits de représentations mentales, il en est qui revêtent un caractère exclusivement physique. Dans ces accès, l'élément obsédant est une sensation souvent douloureuse qui a les mêmes caractères que l'idée qu'elle remplace. Automatique, irrésistible, étrangère au cours normal de la pensée, cette douleur est surtout

consciente, c'est-à-dire que la patiente, alors même qu'elle s'y soumet entièrement, est incapable de la considérer comme normale et pleinement justifiée.

Chez les grandes obsédées, avec l'algie pelvienne, coexistent assez fréquemment des algies à localisation différente, ou des obsessions d'un autre type. L'allure de la maladie est alors très variable suivant que l'une ou l'autre est au premier rang des préoccupations du moment, et, de ce fait, bénéficie d'une charge affective plus forte.

A côté de ces obsessions, les malades sont caractérisées par leur état mental ; celui-ci est du ressort, soit de la psychasthénie, soit de la névrose d'angoisse. En effet, l'obsédé, suivant la formule de Hesnard, n'est « au fond qu'un psychasthénique dont les sentiments morbides aboutissent à la formation d'idées obsédantes, ou qu'un anxieux dont l'émotivité se spécialise suivant un processus psychique plus ou moins complexe sur certaines craintes en apparence sans relation avec elle ».

Mais le comportement des malades qui souffrent d'algies obsédantes pelvi-génitales se complique d'éléments que l'on retrouve chez elles de façon à peu près constante. Ce n'est pas sans une certaine fierté qu'elles font au médecin la minutieuse description des troubles dont elles sont atteintes, et qu'elles en soulignent la rareté et l'intérêt. Si elles cherchent ainsi la flatterie, elles ont aussi besoin de sollicitude et de pitié : une certaine mise en scène, des truquages parfois grossiers, visent à provoquer l'intérêt et la compassion de l'entourage. Ces phénomènes sont capables de faire soupçonner l'intervention d'une volonté plus ou moins subconsciente : dans la majorité des cas, un certain degré de puérilisme affectif est seul responsable, mais souvent il faut compter avec l'intervention d'une véritable constitution mythomane perverse. Toutefois, si l'on peut être tenté de rapprocher certains de ces faits des phénomènes dits « pithiatiques », il ne faut pas oublier qu'ils sont toujours secondaires à la douleur obsédante, dont la vraie nature est différente.

Diagnostic des algies pelviennes

Les syndromes douloureux pelviens, comme ceux de toute région de l'organisme, s'apparentent à l'un des trois grands types cliniques : névralgies, sympathalgies et psychalgies.

Le diagnostic, en ce domaine, est primordial, car les algies névropathiques sont souvent méconnues en pratique. Dérouté

par l'absence de signes neurologiques, on se laisse aiguiller sur de fausses pistes, et les thérapeutiques intempestives que l'on met en œuvre ne font qu'aggraver peu à peu l'état des malades et assombrir le pronostic.

Les névralgies pelviennes ont pour substratum anatomique une lésion des voies nerveuses cérébro-spinales, qu'il s'agisse des terminaisons sensibles, des fibres ou des relais ganglionnaires. Elles sont dues le plus souvent à l'existence d'une épine irritative périphérique, que l'on trouve d'ailleurs assez fréquemment sous forme de lésions inflammatoires locales. Ces névralgies, qui sont le plus souvent à peu près continues, sont caractérisées avant tout par deux faits : d'une part le territoire nettement circonscrit où se déroulent les phénomènes douloureux, et d'autre part les points parfaitement définis et fixes en lesquels la pression déclenche une exacerbation de la douleur.

C'est le cas de la névralgie du nerf honteux interne, de la névralgie lombo-abdominale : les souffrances qu'elles déterminent sont tolérables dans la plupart des cas ; elles n'envahissent pas tout le bas-ventre. Presque toujours contusiformes, elles peuvent aussi se manifester par des élancements.

Les sympathalgies ont été ainsi nommées pour la première fois par Alajouanine et Thurel. Sur un fond de douleur continue constitué par des sensations de brûlure ou de fourmillement se produisent, à certains moments, des exacerbations capables de faire penser à la tubo-ovarite, au néoplasme. Poursuivant l'examen, on s'aperçoit de l'imprécision de la topographie des phénomènes douloureux, qui n'affectent aucune systématisation neurologique nette. C'est ainsi que, si la douleur se manifeste le long d'un trajet nerveux, elle a une grande tendance à diffuser, à envahir en partie ou même en totalité le bassin, à s'étendre aussi bien aux téguments abdominaux, périnéaux et vulvaires qu'au vagin et à l'utérus. Enfin le toucher réveille une sensibilité extraordinaire : le moindre contact est mal supporté.

À côté de ces grandes algies diffuses, il en est qui, incomplètes, sont plus localisées : ce sont des plaques plus ou moins restreintes où les malades accusent des brûlures et des élancements qui, s'ils sont très pénibles, ne sont jamais permanents.

Les caractères insolites de ces douleurs entraînent de rapides retentissements sur l'état moral et affectif des femmes qui en sont atteintes. Au bout de quelques années de souffrances, il s'est accompli un véritable déraillement neuro-psychique, et les thérapeutiques les plus hardies se heurtent à des impossibilités absolues de guérison.

Zones douloureuses, brûlures, sensations exaltées par la station debout et le mouvement, névropathie terminale, voilà en somme les signes de ces douleurs que l'on peut à bon droit assimiler aux causalgies. Il suffit parfois, pour les provoquer, d'une simple ptose abdominale ou utéro-ovarienne, et les sympathalgies pelviennes les plus violentes peuvent ne correspondre qu'à des lésions extrêmement minimes. Dans les cas où l'examen reste absolument négatif, on invoque la sclérose utéro-ovarienne, l'inflammation du cul-de-sac de Douglas et du paramètre, mais surtout des altérations histopathologiques primitives du plexus hypogastrique.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire à première vue, il n'est pas toujours aisé de distinguer les névralgies et les sympathalgies : il suffit de rappeler la richesse, la complexité et l'intrication du système nerveux pelvien, organo-végétatif et spinal, pour concevoir que la névralgie typique est exceptionnelle.

Les psychalgies, ou algies névropathiques, sont d'origine centrale : le phénomène est cortical et projeté au niveau des viscères, mais on lui trouve presque toujours comme point de départ une épine irritative locale, fût-elle insignifiante et transitoire.

Ces algies apparaissent avec une fréquence très grande au niveau des organes génitaux féminins. Elles siègent alors en général en un point attingible de ceux-ci : leur topographie est nettement sexuelle. En un point déterminé des grandes lèvres, de la vulve, du vagin, du col, existe une zone douloureuse bien limitée, mais qui ne correspond à aucun territoire somatique précis ; la pression au niveau de la zone douloureuse ou sur le trajet des nerfs de la région n'exagère pas les souffrances. Les paroxysmes apparaissent à la suite de fatigues physiques, d'émotions, au moment des règles ou même sans cause apparente. Enfin, le caractère fondamental de ces algies est d'être indépendantes de toute altération appréciable des tissus ou des nerfs.

Ces psychalgies sont capables de simuler les désordres gynécologiques les plus divers, mais elles revêtent avec une particulière prédilection l'aspect causalgique des douleurs sympathiques. Le diagnostic est alors particulièrement délicat : on sait combien est déjà difficile l'interprétation de phénomènes du territoire céphalique tels que les migraines ; encore s'agit-il d'un domaine aisément accessible à l'exploration. Au niveau des organes génitaux, on se trouve placé dans des conditions infiniment plus défavorables.

Ce qui tout d'abord peut faire soupçonner la nature du mal, c'est l'état névropathique du sujet. Nous savons bien qu'une lésion douloureuse locale peut, à la longue, entraîner une altération de l'état mental, mais il ne faut pas oublier que la relation contraire est infiniment plus fréquente. A côté de cela, la douleur elle-même présente une allure particulière, et, quelle que soit l'intensité que lui attribue le sujet, elle donne vite l'impression qu'elle est plus apparente que réelle. En pleine crise douloureuse, les facultés cérébrales ne sont pas troublées du tout, l'état d'épuisement et d'inhibition dont s'accompagne communément la douleur réelle fait complètement défaut, la malade, qui demeure capable de s'exprimer avec aisance, s'étend parfois complaisamment sur la description de ses souffrances en un luxe de détails qui doit donner l'éveil.

A vrai dire, ce ne sont là que nuances, et, pour les percevoir, il faut les avoir présentes à l'esprit ; mais, si les données théoriques de notre diagnostic sont faibles, la pratique, en donnant une certaine habitude de pareilles malades, permet d'acquérir une sorte de flair qui est primordial.

Processus pathogénique

Ces algies doivent pour beaucoup leur individualité à la cause émotive fixatrice. Le choc émotif, considéré isolément, est en effet une décharge nerveuse diffuse qui s'accompagne de phénomènes physiques nombreux et divers : modifications motrices, vasomotrices, respiratoires, sécrétoires, etc... Il en résulte que l'émotion est liée à la perception d'un état particulier des viscères et des centres. La théorie de W. James, dont la vogue fut si grande, rend fort bien compte de cet élément cénesthésique de l'émotion et, même en ne l'adoptant pas sans réserves, il faut reconnaître que la cénesthésie, la conscience que nous avons de nous-mêmes, qui est à l'état normal intimement liée à notre personnalité, joue un rôle dans toutes les phases du phénomène émotif.

Les impressions cénesthésiques que comporte l'émotion sont susceptibles de quelque localisation. A côté des sensations anormales et des maladies d'ordre général, il y en a d'ordre local, qui se rapportent à une région de l'organisme. Ce sont des troubles de la sensibilité générale, qui consistent en une augmentation de la tonalité psychique de certaines impressions normalement inconscientes. Lorsque ces sensations arrivent à la conscience, le premier résultat psychologique est le sentiment d'un désordre fonctionnel dans une région ou dans un appareil. La

première impression revêt surtout un caractère d'étrangeté qui conditionne toujours une inquiétude diffuse : instinctivement, notre personnalité intime est misonéiste et l'apport de sensations inédites ne va pas sans des perturbations généralisées mais transitoires. En effet, des éléments intellectuels ne tardent pas à survenir : les images et les idées en rapport avec la fonction, la région ou l'organe troublés se groupent autour de la sensation nouvelle mais, alors que d'ordinaire une idée nouvelle se classe automatiquement et prend la valeur affective du groupe auquel elle s'incorpore, ici on observe le contraire.

L'impression cénesthésique porte son coefficient émotif en elle-même, et elle l'impose à la totalité de l'organisme psychique qui la reçoit : il se produit une polarisation émotive.

Les organes génitaux sont plus particulièrement exposés que les autres à devenir le siège d'algies. Tout d'abord leur fonctionnement est normalement capable de déclencher des émotions vives et les prédestine de ce fait à subir plus que d'autres appareils les conséquences des chocs émotifs. Nombreux sont, d'autre part, les états utérins, affection chronique ou aiguë, voire même simple menstruation, qui préparent une malade dont ils ont exagéré le nervosisme. Ils constituent une prédisposition locale qui appelle sur les régions en cause les effets de l'émotion qui vient saisir et surprendre un organe déjà troublé et susceptible d'entrer facilement en éréthisme.

Si le rôle fondamental, dans la genèse de ces algies, revient à l'émotion, l'attention intervient pour augmenter la susceptibilité de la sensibilité. Les malades préoccupées par le souci de leur cénesthésie sont de véritables observateurs toujours en éveil sur leur mécanisme physiologique ; comme, de même que toutes les facultés, la sensibilité s'affine à l'entraînement, elles arrivent à percevoir des sensations assez ténues pour échapper à des sujets normaux. De cette façon, bien qu'elles soient réelles, ces sensations cessent d'être indifférentes et leur nature affective fait qu'elles deviennent pénibles, angoissantes et douloureuses. Ces désordres sont considérablement favorisés par le désœuvrement et l'oisiveté, mais, malgré cela, bien des malades n'arrivent pas à se libérer en s'astreignant à un travail absorbant : c'est que, du fait qu'elle acquiert en quelque sorte le monopole de la conscience, l'algie détermine un développement excessif de l'attention involontaire, automatique, au détriment de l'attention volontaire et consciente qui est presque annihilée.

Les femmes qui souffrent de ces algies sont souvent aussi des victimes de l'habitude, car toute douleur qui se prolonge a ten-

dance à persévérer dans son être. Cet automatisme n'agit d'ailleurs que par l'intermédiaire des processus d'attention et d'émotion : la représentation douloureuse, qui s'établit grâce à une dépréciation d'origine émotive du psychisme, n'est conservée que sous l'influence d'une cause émotive.

Il est aussi toute une série de faits qui, d'ordre bien plus physiologique que d'ordre psychologique, agissent par l'ébranlement affectif qu'ils provoquent. Certaines femmes qui ont dépassé la quarantaine et traversent la phase ménopausique se résignent mal à vieillir, à se sentir diminuées au point de vue sexuel, à évoluer vers la frigidity. D'autres sont des femmes mariées ou qui ont été mariées, mais qui, à la suite d'un veuvage, d'un divorce, d'un abandon, ont incontestablement subi des modifications dans leur vie sexuelle et sont des carencées. Enfin, il y a lieu d'attribuer ici leur juste part aux anomalies de la vie génitale dont, sans tomber pour cela dans la systématisation psychanalyste, on ne saurait nier l'importance. Certaines jeunes filles, le fait n'est pas douteux, se reprochent d'une façon excessive et obsédante des satisfactions voluptueuses qu'elles ont pu obtenir artificiellement. Les manifestations fonctionnelles observées peuvent aussi avoir pour point de départ, soit une excitation sexuelle trop marquée avec représentations mentales trop vives, soit, dans un ordre d'idées différent, la maladresse, l'impatience ou la brutalité du partenaire. Une autre cause qui est assez souvent vérifiée est le « coït incomplet » ; cette pratique, en effet, motivée par la crainte de la fécondation, est loin d'être inoffensive : l'éjaculation a lieu hors des voies génitales et il en résulte un asynchronisme dans la sensation voluptueuse, qui a pour conséquence immédiate, pour peu que l'état mental s'y prête, l'apparition de sensations anormales.

Au même titre que ces faits, et sur un plan tout à fait comparable, sont à placer les traumatismes et les interventions qui portent sur les organes génitaux. S'ils portent atteinte à la résistance générale du sujet, s'ils débilitent certains appareils, c'est avant tout par les perturbations psychologiques profondes qu'ils entraînent, qu'ils préparent l'éclosion d'algies névropathiques.

Quant à l'importance de l'« épine irritative », il convient de ne pas la sous-estimer, mais les lésions organiques si minimes qui la constituent ont un rôle localisateur et interviennent dans la genèse de ces obsessions par le levier des grands mécanismes psychologiques que nous venons de voir : émotion, attention, habitude, agissant sur le terrain préparé de la psychasthénie et de la névrose anxieuse.

C'est ici que nous rencontrons le problème si controversé de l'hérédité.

Les deux facteurs dont le rôle nous semble primordial dans le domaine neuro-psychiatrique en général et pour le syndrome d'obsession en particulier sont d'une part la tare psychopathique ou névropathique, cette dernière similaire ou non, des générateurs, et d'autre part l'alcoolisme le plus souvent notoire du père au moment de la conception. En matière de psycho-névrose, nous estimons que l'alcoolisme des parents laisse sur la descendance des stigmates mentaux infiniment plus graves et plus constants que la syphilis elle-même.

Evolution

Le caractère obsédant de ces algies conditionne leur évolution, qui peut se faire dans deux sens bien différents, suivant qu'il s'agit d'un simple état constitutionnel ou d'une manifestation prémonitoire d'un état délirant ou démentiel.

De toute façon, la guérison complète et définitive est rare : la constitution mentale morbide est en effet rarement influencée, mais les accidents particuliers peuvent être modifiés. Chez les psychasthéniques, l'algie ne représente jamais qu'un élément épisodique : préoccupées avant tout de leur impuissance à penser et à agir, elles ont tendance à reléguer leur souffrance physique au second plan. Par contre, chez les anxieuses, l'algie est beaucoup plus rebelle ; l'anxiété de la ménopause, en particulier, est riche en phénomènes cénesthopathiques d'une ténacité désespérante. Dans certains cas enfin, l'algie peut changer de localisation, ou le phénomène obsédant changer de nature : à une algie génitale peut succéder une entéralgie, une sciatique ou même une crise mentale d'un type quelconque ; de toute façon, l'aspect clinique de la maladie fût-il modifié au point de la rendre méconnaissable, la maladie reste au fond la même.

Ces malades reconnaissent jusqu'à un certain point leur état pathologique, et se refusent à admettre que leur douleur soit pleinement justifiée, mais il y a des moments où la croyance est plus grande, et entre l'état de doute et l'état de certitude du délire existent des intermédiaires. Les idées délirantes que l'on peut avoir dans ces cas sont des craintes plus que des convictions, à grosse charge émotive, elles naissent à la faveur d'une augmentation progressive de l'inquiétude et de l'anxiété et se manifestent sous forme de raptus. Par la suite, les malades reprennent conscience, se laissent rassurer par le médecin, et redeviennent

capables de faire la critique de leurs idées, qu'elles trouvent ridicules.

A côté de ces algies, qui représentent la forme autonome de l'obsession, on peut voir évoluer ce que l'on nomme l'obsession-syndrome, tableau clinique en tous points semblable, mais qui représente un mode de début de certaines psychoses, principalement du délire hallucinatoire chronique et de la démence précoce.

Quand on considère le problème de la filiation de l'obsession au délire, elle apparaît comme un stade pathogénique, où elle reste en général fixée et, occasionnellement, comme une étape évolutive : la nature de ces accidents est la même, mais ils sont à des stades différents d'une évolution qui n'atteint son terme que dans le délire. A l'origine de ces deux entités cliniques se trouve une perturbation cénesthésique, dont la répercussion sur l'équilibre mental est fatale ; c'est le mode de réaction de la personnalité toute entière du sujet qui est variable. Dans la sphère affective, où règne une anxiété diffuse, l'affectivité est accaparée par la sensation parasite et l'envahissement de plus en plus complet de la conscience par l'obsession permet au phénomène morbide de prendre des caractères délirants ou hallucinatoires. Le sujet attribue dès lors à une maladie corporelle les sensations étranges dont il est assailli : il donne une explication trop viscérale de son mal. Outre le délire hypochondriaque, les troubles de la cénesthésie, puisqu'ils sont d'ordre surtout émotionnel, peuvent aussi provoquer des délires hypochondriaques. Ces délires se généralisent d'ailleurs et ne restent pas localisés à la sphère génitale comme l'était l'obsession qui leur a donné naissance et, à côté de certains remords, il ne sera pas rare de noter des idées de suicide, ou des idées de transformation corporelle d'un pronostic particulièrement grave.

Ces obsessions ont été aussi parfois un mode de début de la démence précoce. Si, dans cette dernière affection, les actes d'automatisme jouent un rôle important, c'est que les processus de coordination sont tout particulièrement atteints, ce qui, secondairement, libère l'activité élémentaire. Le lien de parenté étroit que nous reconnaissons entre l'obsession et la démence précoce est ainsi bien apparent : dans les deux cas, la direction consciente perd ses droits. Le passage de l'une à l'autre que nous montre la clinique se justifie pleinement.

Dans tous les cas, la thérapeutique a une importance capitale, car un traitement intempestif ne saurait manquer d'aggraver considérablement le pronostic.

Ressources thérapeutiques

La cure morale individuelle forme le fond du traitement ; elle est d'autant plus efficace que l'autorité personnelle du médecin est plus grande et l'attitude de la malade plus favorable. Il s'agira avant tout d'« affirmer à la malade, après un examen suffisant, qu'elle est parfaitement saine, la rassurer sur chacune des manifestations particulières qu'elle présente, détourner son attention de ses organes génitaux, exiger d'elle qu'elle abandonne tout traitement et qu'elle cesse de s'observer ». En dehors de ce programme, plus facile à exposer en théorie qu'à réaliser en pratique, on pourra attendre de bons résultats du changement de milieu, de l'isolement de certaines stations thermales, de la régularisation du régime sexuel, et surtout de la dérivation affective. Plus qu'en prodiguant des paroles rassurantes et consolantes, plus qu'en donnant des espoirs de guérison, c'est en proposant à la malade des buts d'activité morale intéressants, en attribuant à sa vie sentimentale une orientation nouvelle, que l'on détournera son attention et son affectivité toute entière hors de ses préoccupations morbides, qu'on l'empêchera d'obéir à son obsession, c'est-à-dire de se comporter volontairement en conformité avec elle.

La cure physique doit marcher de pair. Le repos est nécessaire, mais l'alitement continu s'impose rarement. L'exercice physique prudent et dosé, sera pratiqué en plein air ; il devra tendre à une discipline associée de la volonté et du mouvement. L'hydrothérapie sera mise en œuvre dès le début des accidents ; on donnera des bains tièdes d'une durée proportionnelle à l'effet calmant désiré chez les anxieuses ; chez les asthéniques, on prescrira des douches fraîches très brèves, suivies de frictions ou de douches alternativement froides et chaudes. Comme climat, on préférera toujours la campagne à la mer, qui exalte l'éréthisme nerveux. Des stations thermales comme Divonne ou Nérès représentent le séjour idéal.

L'usage des médicaments sera très modéré et étroitement surveillé, car les malades ont tendance à en abuser. Les sédatifs sont au premier rang, et en particulier l'opium et ses dérivés, souvent seuls capables de procurer un soulagement ; la prudence commande de ne pas les donner en injections à cause de l'attirance que les stupéfiants exercent sur tous les névropathes. L'association scopolamine-chloralose est une thérapeutique récente qui ne nous a donné que de bons résultats : elle rend le sommeil aux malades et favorise la suggestion thérapeutique.

En présence d'un déséquilibre vago-sympathique marqué et continu, on s'efforcera de le corriger par les faibles moyens dont on dispose. L'opothérapie sera tentée dans tous les cas de dysendocrinie, mais la thyroïde sera proscrite formellement chez ces hyperémotives.

En dehors de cette thérapeutique générale, on ne doit rien faire, et tout traitement local est absolument contre-indiqué. L'insistance avec laquelle ces malades réclament une opération, leur persévérance, le caractère même des troubles ressentis qui simulent les syndromes les plus divers, expliquent la fréquence avec laquelle elles viennent au psychiatre par l'intermédiaire du chirurgien et après l'échec d'interventions souvent mutilantes. Loin de se trouver calmées, les souffrances sont exaspérées ; la conduite du médecin leur apporte une justification, et, chez ces sujets dont nous connaissons l'inquiétude innée et la plasticité mentale, l'algie obsédante se trouve fixée : elle est presque passée du plan de l'obsession à celui du délire. Les résultats de la chirurgie sont en pratique toujours nuls, souvent défavorables, et c'est engager gravement sa responsabilité que d'entrer, par faiblesse, dans les vues de ces femmes et de n'avoir pas assez d'énergie pour leur refuser des soins parfaitement inutiles, voire dangereux.

LE « SIGNE DU CAPUCHON » DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

PAR

P. OSTANCOW (de Léninegrad)

Nous appelons symptômes extérieurs de la folie ceux qui peuvent être établis à l'examen direct, immédiat, du malade, sans qu'il soit nécessaire de modifier la situation ou les rapports de ce dernier. Ces symptômes peuvent être photographiés, dessinés, enregistrés, à l'aide d'appareils, etc., etc. Tels sont : l'expression du visage, le masque, la pose, l'écriture, les mouvements, les gestes, la manière de se tenir, la façon de s'habiller, etc.

Aux symptômes extérieurs doit aussi être rapportée une figure pauvre en mimique (*facies paralytica*), un air étonné en *amentia*, la pose des « courbés » en dépression, les plis *Veraguth* ; les différentes espèces typiques de « tremblements » ; le discours scandé des paralytiques, le penchant à se coiffer de turbans voyants (les « turbanistes » comme nous les appelons) dans les psychoses paranoïdes processuelles.

Aux symptômes extérieurs dans la démence précoce appartiennent aussi le *facies paralytica* (dans les cas avancés) la figure grasseuse (« sale »), le coussin imaginaire, dit coussin aérien de Dupré, les symptômes du miroir (*Abély*), les poses « viscérales », les poses excentriques, les poses et l'expression d'un sphinx d'après *Bleuler* et le *facies hiératique* (égyptien) d'après *Baruk* et *Morel*.

Nous voudrions ajouter aux symptômes extérieurs de l'*Ataxia intrapsychica progressiva* (Syn : Démence précoce) encore un signe que nous appelons « symptôme du Capuchon » ; les malades qui présentent ce symptôme recouvrent la tête de leur chemise ou de leur blouse (fig. 1 et 2), en couvrant aussi le visage (capuchon complet), ou en laissant le visage à demi-

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Juin 1936.

ouvert (demi-capuchon) ; la fig. 3 représente un malade présentant le symptôme du capuchon en train de dîner.



FIG. 1. — Capuchon complet.

Voici deux brèves observations des sujets chez lesquels ce symptôme a été observé.

OBSERVATION I. — 9 mars 1935. — Le malade Bes... Michel, âgé de 21 ans, dentiste, entre à la clinique avec le diagnostic (psychose hystérique) de schizophrénie : il est malade pour la première fois. La maladie a débuté au mois de février 1935 ; le malade avait des idées délirantes, il lui semblait qu'on lui lançait des flèches, ce qui agissait sur ses yeux et les changeait. Au début de la maladie, il restait

des heures en couvrant les yeux de ses mains ; il disait que les yeux lui faisaient mal, demandait des lunettes. On l'entendait parfois crier : « Il ne faut pas, il ne faut pas ! » Il se plaignait : « On m'a rendu sot et l'on m'a mis ici. »

Dans son enfance, il a supporté une fluxion de poitrine, une dysenterie et un herpès tonsurant.

Caractère entêté et renfermé. Enurésie nocturne jusqu'à l'âge de 12 ans. Etudes difficiles. A 11 ans, il fut pris du désir de voyager et s'enfuit de la maison. En 1933, il se présenta chez son père adoptif avec la femme qu'il avait épousée, mais ne voulut jamais dire qui elle était ni pourquoi il s'était marié si tôt.

Hospitalisé, il écrit à son père adoptif une lettre, dans laquelle il exprime son désespoir, son désir de guérir, la terreur de se trouver dans une maison d'aliénés, et de tendres souvenirs pour son père. Celui-ci ne comprenait pas bien le rôle de la femme que B. disait avoir épousée. La lettre mentionnait un certain « technicien », sans toutefois le nommer, de peur d'être obligé de lutter contre lui et d'être vaincu. Le père écrit au malade B. : « Tu peux guérir si tu ouvres les yeux et le visage et si tu te soumetts à toutes les prescriptions des médecins. »

Interné, se trouvant à Léninegrad, il voit ce que fait son voisin, à Bologoë, et il lui adresse la parole.

Par moments, il est excité, agressif. Il cause avec un autre malade, son voisin, de l'effet de l'hypnose, mais ne veut pas être entendu. Il se plaint qu'un malade, qui porte sur la tête un bandage, produit sur lui un mauvais effet. Son humeur est angoissée, il pleure : « Dans deux jours vous saurez tout », annonce-t-il (le 29/III). Il se met à genoux devant un docteur : « Soyez mon ami, je suis perdu, laissez-moi tout seul, faites venir « un homme » (?), il me rendra tout autre. »

Il s'enveloppe de sa couverture. Il s'excite, il prononce de gros mots, crie : « prostituées ». Il lui arrive de ne pas répondre aux questions qu'on lui adresse.

Sans qu'on s'y attende, il bondit et frappe son voisin, puis, quand il voit qu'on veut le mettre ailleurs, il demande pardon à celui qu'il a frappé. Il prie qu'on l'envoie travailler comme instructeur. « Touchez mentalement ma tête de votre poitrine », supplie-t-il.

Avril 1935. — Il n'ouvre pas les yeux. Il est presque tout le temps couché au lit.

15 avril 1935. — Il s'enveloppe avec la tête dans sa robe de chambre et ne se découvre pas même pour manger. Il se rend au réfectoire, mais les malades auxquels il porte sur les nerfs, l'obligent de se retirer.

Il se promène (marche) les yeux fermés et baise toutes les femmes à la joue.

Mai 1935. — Il ne répond pas aux questions, il est assis avec sa chemise sur la tête.

23 mai 1935. — Il n'entre en contact avec personne. La même conduite et la même pose.



FIG. 2. — Demi-capuchon.

13 juin 1935. — Il a reçu une lettre de ses parents, a été très content, a écrit une réponse.

Lorsqu'on lui demande pourquoi il ne découvre pas sa figure, il répond : « Je ne puis en parler. »

14 juin 1935. — Pendant la visite d'une femme il a pleuré, s'est plaint qu'un « homme » l'a perdu : « on l'a traqué » ; il l'a priée de le sauver.

On s'est informé de sa femme, il dit : « Elle ne me convenait pas. »

Juillet 1935. — Il déclare « qu'on ne lui permet pas de parler ». Il refuse toute procédure médicale. Il y oppose une violente résistance.

26 juillet 1935. — Il a dit à l'une des sœurs qu'il était amoureux d'un docteur, il aime cet homme comme il ne pourrait jamais aimer une femme. « C'est là ma maladie. » Son amour est-il partagé ? Il répond : « C'est une triste histoire. »

Il répond aux questions si bas qu'on l'entend à peine.

Ses paupières sont serrées volontairement. Cornée cristalline et limpide (aucun trouble). Hyperémie de la muqueuse. Pendant la visite d'une femme, il découvrit son visage et causa quelque temps avec elle. Jusqu'au lendemain son visage resta ouvert, ensuite il rentra dans son état habituel.

A la visite suivante, il ne découvrit pas sa figure et ne répondit pas aux questions.

10 octobre 1935. — Aucun changement.

OBSERVATION II. — Ber... Georges, 23 ans, célibataire. Invalide du premier groupe. Stupidité précoce, forme catatonique. Est hospitalisé le 13 janvier 1935. Sa maladie date de 1933, il a été à l'hôpital Balinsky, puis chez le Dr Forel, d'où il s'est enfui. Insomnie. Il ne prend aucun soin de lui-même (malpropre). Ses mouvements sont lents, il ne répond pas aux questions. Il est tranquille, « enfreiné », il garde longtemps la même pose, la tête recouverte de sa robe de chambre. Quelquefois il dit : « Les médecins me soignent depuis deux ans sans aucun résultat, dans tous les cas, je ne m'en aperçois pas. »

Il a maintes fois quitté sa maison sans qu'on sût pendant plusieurs jours où il se trouvait, sans changer son linge. Il disait avoir cherché du travail.

Il n'allait pas au W.-C., jetait ses masses fécales par la fenêtre. Il était grossier avec sa mère, dormait sans se dévêtir.

En 1932, il était serrurier à l'usine Marty. Le 3 mai, arrêté après une catastrophe sur chemin de fer, il passa 9 jours dans le sous-sol d'une gare.

Revenu chez lui, il fait preuve d'une conduite étrange : cesse de manger la viande, prétendant qu'elle est empoisonnée, sent et examine longtemps la nourriture qu'on lui présente. Dès lors, il ne peut plus travailler. « Autour de moi tout est artificiel », dit-il. Il refuse de

toucher ses salaires. Au mois de mai 1933, il entre à l'hôpital Balinsky. Négligent, il déchire son linge. Il prend des poses. Négativiste ; reste longtemps immobile au corridor avec sa tête enveloppée de quelque chose. Taciturne. A la question : « Comment va votre santé ? », il répond : « Je n'ai pas de diplôme d'un médecin. »

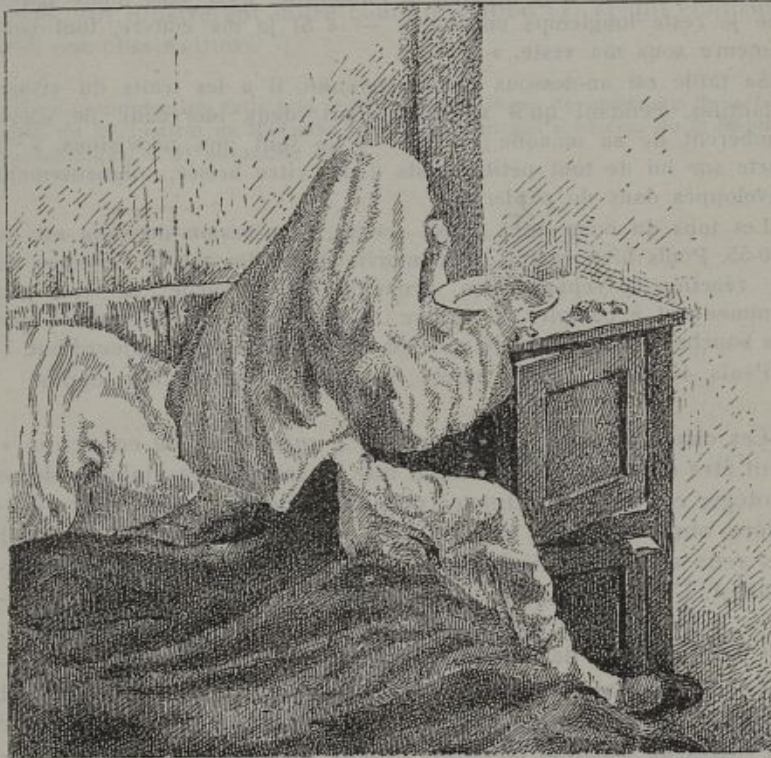


FIG. 3. — Le malade prenant son repas.

Il frappe sa mère « pour provoquer un court-circuit et la rendre par là inoffensive au point de vue politique ».

Il cache toujours une main en disant : « Je la garde pour m'en servir à mes repas, je ne veux pas la salir. C'est avec une seule main qu'il travaille à l'atelier.

Il ne fait que se laver.

Il reste des heures entières avec la tête recouverte de sa chemise. Il ne veut porter aucune chaussure, « les pantoufles et les bas salissent mes pieds ».

Lorsqu'on lui demande pourquoi il se couvre la tête, B. répond : « C'est le plafond qui pèse sur moi ; ce n'est pas moi qui l'ai blanchi, il me produit l'effet de quelque chose de « gluant ». L'odeur des choses qui moisissent pénètre ici et cela rend la pièce humide. « La haute pression de l'air » agit désagréablement. Il fait sec ici, on pourrait se tenir sans être couvert. » — « Il est probable que mon organisme fût devenu trop sensible à l'humidité, c'est sans doute parce que je reste longtemps couché. » — « Si je me couvre, tout cela demeure sous ma veste. »

Sa taille est au-dessous de la moyenne, il a les traits du visage infantiles. Pendant qu'il se déshabillait, deux morceaux de sucre tombèrent de sa manche ; il dit : « Ce sont mes provisions. » Il porte sur lui de tout petits éclats d'une vitre brisée, soigneusement enveloppés dans du papier.

Les tons du cœur sont plutôt sourds, la pression du sang est de 110-55. Pouls bien rempli, se comprimant facilement. A l'examen de la réaction psychique des prunelles, il détourne la tête en commençant à compter et déclare : « Si je parle, vous sentirez que ma bouche sent mauvais, je n'ai pas nettoyé mes dents aujourd'hui. »

Pénis, 10 cent., 6 cent., mince, long, testicules peu développés.

Ces observations attestent que le « *syndrome du capuchon* » peut être expliqué par le besoin que ressentent les malades de se protéger contre une influence venant du dehors ; dans notre première observation le malade Bes... en se couvrant protégeait ses yeux contre les flèches qu'on lui lançait et qui les lui changeaient. Un malade, son voisin, agit sur lui. « Je n'ose en parler ». « Un homme quelconque m'a perdu ». On m'a traqué ». « On me défend de parler ».

Le second malade — Ber... — trouve que tout autour de lui est artificiel. Il se couvre, car « le plafond l'énerve, il produit sur lui l'effet de quelque chose de gluant ». « On y provoque l'humidité ». Effet désagréable de la pression de l'air. Tandis que si l'on se couvre tout demeure sous la veste ».

En nous basant sur ces observations qui sont sans aucun doute des cas exclusifs de la démence précoce ou, comme nous appelons cette maladie : « *Ataxia intrapsychica progressiva* » — dans le second cas — avec des « circuits ataxiques de représentation » que nous avons déjà décrits en 1923 — nous pouvons dire, que le « *syndrome du Capuchon* » est un des caractères extérieurs de l'affection : il s'explique par le délire des malades dû à une influence physique — délire fondé sur une cénesthésie troublée par la maladie.

Il est intéressant de noter, que ce symptôme qui se maintient

pendant de longs mois, est aussi souvent observé en été quand il fait chaud et qu'il n'est pas nécessaire de se couvrir.

Après la rédaction de cet article, les médecins de l'hôpital Kachtenko (800 lits) ont vérifié sur notre demande le symptôme du capuchon sur un grand nombre de malades atteints de démence précoce. Ils nous apportèrent de nombreuses photographies, qui illustrèrent notre communication (1) et qui confirmèrent nos observations.

(1) Communication faite à la 4^e Séance scientifique des médecins de la Clinique du 1^{er} Institut de Médecine à Léninegrad et des médecins du 2^e Hôpital psychiatrique, le 11 novembre 1935.

IMPULSIONS AU SUICIDE RÉPÉTÉES, CONSCIENTES ET MNÉSIQUES, CHEZ UN GRAND ÉPILEPTIQUE

PAR

J. MIGNARDOT, F. RAMÉE et P. AUBRY

Si l'on ne doute plus actuellement de l'existence possible d'une épilepsie psychique, qu'elle soit pure ou associée à la forme convulsive, par contre la légitimité de l'épilepsie consciente et mnésique était encore récemment contestée.

Des observations, correspondant à chacun des phénomènes épileptiques, ont été publiées où manquaient ces deux critères de la comitialité, si longtemps jugés comme indispensables : l'inconscience pendant l'accident et l'amnésie consécutive.

C'est ainsi que l'étude des formes conscientes et mnésiques de l'épilepsie convulsive a été l'objet d'un travail d'ensemble de M. Marchand (1), qui rappelle les anciennes observations, dont les premières furent celles d'Inghels (2) et de Foville (3). Il montre même l'existence d'états de mal, conscients et mnésiques, dont il a publié un très beau cas avec M. Olivier (4).

Maxwell (5), Martimor (6) décrivent en particulier des absences avec amnésie retardée, alors que l'absence mnésique est fréquemment rappelée. On retrouve également des vertiges, des crises statiques de Ramsay Hunt, des accès aphasiques, anarthiques, des accès pyénoépileptiques de même caractère conscient.

Des psychoses épileptiques, isolées de tout accident convulsif, dans leurs formes mnésiques, ont été rapportées depuis Tamburini (7). Mais il s'agit, dans la plupart des cas, de psychoses post-convulsives. La réalité d'états transitoires délirants mnésiques et conscients, et cependant de nature épileptique, est certainement actuellement moins bien démontrée.

Quant aux observations d'impulsions épileptiques conscientes

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Juin 1936.

dont la réviviscence se fait avec facilité, elles se sont accumulées nombreuses depuis les remarques de Falret (8). C'est à leur propos, à cause de leur intérêt médico-légal primordial, que se sont confrontées les opinions les plus extrêmes. Garnier (9) n'écrivait-il pas, en 1895 : « On doit rejeter, du cadre des impulsions épileptiques vraies, les actes accomplis avec une conscience même partielle et ayant laissé des traces dans la mémoire. » Nous aurons l'occasion de voir qu'il en est pour elles comme pour les psychoses épileptiques et que l'interprétation est infiniment variable avec les auteurs. Picard (10) a tout particulièrement étudié ces actes d'automatisme comitial.

Il ne nous est pas possible de retracer l'historique complet de l'épilepsie mnésique et consciente. On le trouvera très détaillé avec les références bibliographiques dans la thèse récente de de Curton (11). Mais nous ne saurions évoquer cette question sans rappeler qu'elle doit une grande part de sa justification à l'Ecole de Bordeaux : c'est M. Ducosté (12) qui en a présenté le premier travail d'ensemble et a proposé les qualificatifs « Consciente et mnésique ». A sa suite, Maxwell (5), le Professeur Abadie dans son Rapport (13) et ses élèves, Dotezac (14) et de Curton (11) dans leurs thèses, ont apporté une importante contribution à l'étude générale de l'épilepsie consciente et mnésique.

Toutefois, si les publications ayant trait à des manifestations impulsives de cet ordre sont nombreuses, il en est extrêmement peu concernant les impulsions-suicide conscientes et mnésiques. M. Ducosté (12) leur a consacré une large partie de son ouvrage, et il en cite quatre cas. A vrai dire, c'est surtout le premier d'entre eux qui entraîne une conviction absolue en sa nature épileptique.

Il s'agit en effet d'un malade de 27 ans qui présentait toutes les trois ou quatre semaines une « attaque de suicide ». Elles étaient isolées de tout autre phénomène comitial.

Pendant leur durée le malade avait le sentiment d'une force qui le poussait à se tuer par n'importe quel moyen. C'est ce qu'il appelait « être sous la domination de son démon ». La crise durait de vingt à trente minutes, pendant lesquelles le sujet luttait anxieusement contre une tendance en opposition si violente avec sa propre personnalité : il réclamait même du spectateur éventuel qu'il l'en empêche, s'il tentait de se tuer.

Or, brusquement, au bout de dix-huit mois, apparaît pour la première fois une grande attaque convulsive, qui se renouvelle plusieurs fois en quelques semaines.

Un médecin ordonne une forte dose de bromure de potassium. Les attaques disparaissent, mais les impulsions conscientes au suicide,

qui ne s'étaient pas montrées depuis l'entrée en scène des convulsions, réapparaissent plus rapprochées et plus violentes. Si bien que le malade cesse l'usage du bromure, préférant supporter les crises convulsives plutôt que « les attaques de suicide » auxquelles il craint de ne pouvoir indéfiniment résister.

Comme le fait remarquer M. Ducosté (12), il s'agit bien d'épilepsie psychique larvée puisque, non seulement on retrouve plusieurs des caractères exigés d'une impulsion épileptique, mais encore il y a substitution d'une attaque convulsive à l'impulsion-suicide.

Les trois autres observations peuvent davantage prêter à discussion, puisqu'aucun phénomène convulsif ne s'est jamais manifesté chez ces malades. M. Ducosté (12) conclut à leur origine comitiale par l'analyse du caractère des impulsions elles-mêmes : apparition et disparition soudaines, suivies d'une fatigue passagère surtout cérébrale ; violence ; lutte sans angoisse ; périodicité ; pas d'impulsion atténuée entre les paroxysmes. Cet ensemble est, en effet, des plus nets et suffit à entraîner notre conviction. Mais nous devons également rappeler l'opinion que Picard (10) exprimait dans sa thèse, en attirant l'attention sur le suicide amnésique des épileptiques : pour que son origine comitiale soit vraiment démontrée, il considère comme nécessaire que le sujet présente d'autres manifestations concomitantes. C'est dire qu'à *fortiori*, elles peuvent paraître indispensables pour justifier l'origine d'impulsions-suicide conscientes et mnésiques.

Depuis ce maître-travail, comme le remarque M. Abadie (13) dans son Rapport, les publications ont été extrêmement rares à ce sujet.

Nous n'en relevons que deux exemples, d'ailleurs cités par M. Abadie (13) et par de Curton (11).

L'un a été rapporté par Cernautzeanu-Ornstein en 1926 (15).

D'après la relation de C.-I. Parhon (15), il s'agissait d'un malade qui, au cours de son délire hallucinatoire, voulut se tuer, mettre le feu à sa maison, etc... Le délire ne fut pas suivi d'amnésie. Le manque de développement ne nous permet malheureusement pas de préciser comment le médecin roumain rattachait l'épisode délirant transitoire à l'épilepsie.

L'autre a été publié par Heuyer et Merklen (16), également en 1926 :

La malade présentait des impulsions au suicide avec parfaite intégrité de la conscience et du souvenir. Par ailleurs on trouve chez elle des crises convulsives absolument classiques. Les auteurs décrivent

l'une de ces impulsions : « La malade se sentit commander de « se jeter au feu » ; ce fut une inspiration : elle n'entendit pas de voix. Elle se jeta dans la cendre (il y avait peu de feu). Elle se releva brusquement et courut se jeter dans une mare presque à sec, se roula dans la boue, puis se jeta dans un puits de trente-trois mètres de profondeur, attrapa la chaîne qui se brisa au dernier anneau, et tomba dans le puits ; elle était en pleine connaissance : elle remonta à la surface de l'eau, s'accota à la paroi et appuya ses deux pieds à la paroi opposée. Son père alla chercher du secours. On lui lança une grande corde ; elle s'attacha elle-même, fit un nœud coulant, tint la corde ; on tira doucement, elle marchait sur la paroi pendant que la corde montait. Elle avait donc entièrement conscience de la situation. Une fois sortie du puits, elle croisa les bras, regarda son père en disant : « Tu vois, papa, que c'est utile d'avoir du nerf. » Puis elle eut une crise convulsive très violente, suivie d'un état confusionnel dont elle ne garda pas le souvenir. »

Pour Heuyer et Merklen (16), ces accidents impulsifs semblent bien devoir être considérés comme des accidents épileptiques, de par leur soudaineté, leur brutalité, leur violence, au même titre que les impulsions épileptiques et les crises convulsives amnésiques qui les suivent, les précèdent ou se mélangent à eux.

De ces impulsions-suicide conscientes et mnésiques, nous rapprocherons les impulsions à l'auto-mutilation, également conscientes et mnésiques, citées par Masini (17).

Le petit nombre de ces observations, et plus encore la rareté des cas où les impulsions ont véritablement fait la preuve de leur nature épileptique, nous ont incité à rapporter à notre tour, un très bel exemple d'impulsions au suicide conscientes et mnésiques.

M. S... est né en janvier 1879. Ses antécédents familiaux ne présentent aucune particularité intéressante. Nanti d'une bonne instruction primaire, ne présentant aucun trait saillant du caractère, homme sérieux et travailleur, il vécut normalement de son métier d'agriculteur jusqu'à la guerre.

Il fait toute celle-ci comme maréchal des logis, sans être ni malade, ni blessé, quand apparaît sa première crise comitiale, quinze jours avant sa démobilisation, en février 1919.

Rentré chez lui, il travaille encore pendant deux ans à son exploitation ; mais les crises étant de plus en plus rapprochées il est obligé de la liquider. D'ailleurs des troubles du caractère se sont manifestés presque dès le début des crises épileptiques. Nous ajouterons que le malade est toujours resté extrêmement sobre.

De 1924 à 1927, S... est incapable de travailler. Outre de nombreux

vertiges quotidiens, il présente environ tous les mois une grande attaque convulsive. Elle est suivie d'une période de confusion hallucinatoire, durant en général de quelques jours à une semaine. Celle-ci s'accompagne d'un état dépressif marqué. « Il voit des gens et les entend lui reprocher les fautes qu'il a commises pendant la guerre. » En outre, l'excitation est intense. Il est violent, menaçant, à tel point que son médecin doit s'enfuir à plusieurs reprises. La période convulsive est toujours amnésique alors que, le plus souvent, il subsiste un souvenir assez précis de la période hallucinatoire post-paroxystique.

C'est au cours de deux phases oniriques post-convulsives que le malade présente des impulsions au suicide, l'une au début de 1925, l'autre au début de 1927.

Sur ces entrefaites, S... entre à l'Asile de Maréville dans le service de notre Maître, le Docteur Aubry. On y constate la répétition des divers accidents comitiaux indiqués plus haut. En particulier dans la période d'obtusion qui suit la crise, on note la dépression marquée, les troubles de l'humeur, l'irritabilité très grande, la tendance aux interprétations avec propos agressifs.

Les recherches biologiques sont entièrement négatives. On ne relève aucun trouble organique.

Mis au traitement gardénalique (0 gr. 40), avec association de tartrate borico-potassique, le sujet est très amélioré. Si bien qu'au bout de peu de temps, malgré les conseils pressants qui lui sont donnés, sa femme demande la sortie.

Jusqu'à la fin de 1928 les accidents épileptiques restent très espacés. Puis ils réapparaissent progressivement pour atteindre un rythme sensiblement égal à celui qui existait avant l'internement. C'est-à-dire que les absences sont fréquentes, quotidiennes. A peu près tous les deux jours apparaît un vertige, avec perte de connaissance, pâleur intense, mâchonnement, état confusionnel de quelques minutes, puis amnésie lacunaire. Enfin chaque mois a lieu une grande crise convulsive classique avec stertor, d'une durée totale d'une demi-heure environ, et toujours nocturne. Elle est constamment suivie d'une période d'obnubilation avec onirisme intense, qui persiste pendant plusieurs jours. Comme auparavant, le paroxysme est ignoré du malade alors qu'il garde un certain souvenir de la période qui suit.

De 1929 à la fin de 1933, S... a fait encore quatre ou cinq tentatives de suicide en pleine phase hallucinatoire. La dernière a eu lieu il y a deux ans.

Entre temps il est aisé de mettre en évidence chez le sujet le caractère habituel aux épileptiques. Même en temps normal il est assez déprimé et, sachant qu'il n'est pas toujours maître de lui, il craint de se livrer à des actes violents et préfère rester isolé à la maison. De plus il renonce difficilement aux interprétations forgées au cours de la période post-convulsive et croit volontiers aux mauvaises intentions de ses voisins.

L'état s'est ainsi maintenu jusqu'en novembre 1935, où nous avons pu prendre S... en observation pendant quelque temps au Service ouvert. Nous verrons comment sa femme, extrêmement attentive et dévouée, a fini par éviter les accidents graves. Si bien que l'internement, souvent proposé et toujours refusé par la famille, ne présente plus le même caractère désirable qu'il y a quelques années.

Il est intéressant de dire que le malade a une fille, née en 1919, qui a eu des crises comitiales entre 2 et 3 ans, au rythme d'environ une par mois. Jusqu'à la puberté elle n'en a plus présenté. Mais depuis elle est sujette à des accidents syncopaux amnésiques.

Maintenant que nous avons exposé l'histoire clinique de cet épileptique, il nous faut préciser le caractère des six ou sept impulsions-suicide que nous avons rencontrées chez lui.

Toutes, sauf la dernière, ont eu lieu de la même manière, et dans les mêmes conditions : après sa crise convulsive totalement amnésique, S... entre dans un état dépressif intense. Les hallucinations auditives et surtout visuelles se manifestent avec une intensité particulière. Le malade en a entièrement conscience et fait part de ses souvenirs sans aucune réticence. « Les visions sont surtout en rapport « avec des faits de la guerre. A leur propos il voit des gens qu'il a « connus autrefois et il les entend le menacer pour toutes les fautes « qu'il a commises. Et pourtant il n'a rien à se reprocher. Il voit « l'échafaud car il a commis des crimes. Il voit le démon et lutte « avec lui. Le diable ou des êtres surnaturels tantôt le rassurent, « tantôt lui ordonnent de se tuer. » L'impulsion suit aussitôt le commandement et s'exécute avec violence : c'est ainsi que la première fois, estimant la blessure qu'il venait de se faire insuffisante, il a pris son couteau, nous raconte-t-il. Chaque fois le mode d'exécution a été le même : dès qu'il est poussé à se détruire il se jette sur son rasoir et essaie de se trancher la gorge. Il porte d'ailleurs plusieurs larges cicatrices. L'avant-dernière tentative de suicide a été également violente et le malade s'était grièvement blessé.

Ajoutons que S... a parfois présenté des impulsions brutales d'autre nature au cours de ses paroxysmes post-convulsifs. C'est ainsi qu'il lui est arrivé de saisir par le paletot, et de secouer rudement des personnes avec lesquelles il échangeait quelques mots à ces moments là.

Quant à la dernière impulsion-suicide (au début de 1934), elle s'est produite dans des conditions différentes des précédentes, quoique exécutée de façon identique. Le sujet avait eu sa crise convulsive suivie d'une période d'obnubilation comme à l'accoutumée. Une semaine après, au milieu de l'intervalle lucide, il s'emporte au cours d'une conversation et tient des propos irrités. Aussitôt se déclenche un état crépusculaire hallucinatoire, et le malade tente de se détruire par le procédé habituel, de façon absolument consciente.

Il nous raconte très bien les circonstances : il ne s'agissait point ici d'un geste imposé par une hallucination impérative. Mais S... était

sous le coup de ses idées délirantes de persécution. En lui-même il concluait en ces termes : « Il vaut mieux que je parte dans ces conditions là. » Et il précise qu'il a lutté, que l'impulsion finalement irrésistible a été précédée d'un court débat anxieux. L'acte commis, il a appelé sa femme.

Depuis deux ans S... n'a plus renouvelé ses tentatives de suicide, encore qu'il ait des tendances impulsives à la suite de certaines grandes crises. C'est que sa femme prend de lui un soin extrême. Elle le surveille de très près quand il entre en période dangereuse ; et, quand elle s'aperçoit qu'un paroxysme hallucinatoire va se présenter, elle fait au malade une injection de somnifène. Il en est apaisé jusqu'à la fin de la période troublée. Il est intéressant de constater que l'injection n'est pratiquée qu'environ tous les trois ou quatre mois, c'est-à-dire après une crise sur trois ou quatre.

Le cas de ce malade nous a donc paru intéressant pour plusieurs raisons.

Chez lui, l'origine comitiale de toutes les impulsions-suicide, la dernière exclue, ne peut faire aucun doute. En effet, elles se présentent au cours de l'état hallucinatoire qui suit sans transition une crise classique. Il ne s'agit même pas, à proprement parler, d'épilepsie psychique vraie, mais de troubles psychiques accompagnant l'accès convulsif. D'autre part, il est classique de reconnaître que les véritables impulsions épileptiques se présentent le plus souvent au cours de cette phase désordonnée.

Outre la concomitance, bien souvent réclamée comme démonstrative, d'accidents convulsifs, nous retrouvons chez notre sujet bien des caractères habituels de l'acte automatique et impulsif de l'épileptique : Il est soudain déclenché par une hallucination impérative.

Son déroulement est extrêmement bref.

Il participe de la violence qui caractérise les réactions et le délire de cette période post-critique.

Si le malade nous dit « lutter contre le démon », l'impulsion s'exécute tout d'un coup et s'accomplit automatiquement, sans que la volonté ou le raisonnement entrent en ligne de compte à partir du moment où elle est engagée.

Elle est entièrement dégagée d'influences extérieures.

Et surtout, l'impulsion-suicide se répète de façon presque périodique et toujours sous la même forme. Il est remarquable de constater, en effet, que les paroxysmes hallucinatoires sont plus nets tous les trois ou quatre mois ; et c'est quand ils atteignent leur maximum d'acuité que l'acte automatique est déclenché.

En somme, il ne manque que la conscience et le souvenir. Mais, comme nous sommes assurés de leur nature, nous avons une preuve que ces caractères, pour importants qu'ils soient dans la grande majorité des cas, ne sont pas indispensables pour considérer certaines impulsions comme étant épileptiques.

La dernière des impulsions-suicide touche un autre problème qui est toujours d'actualité, malgré toutes les discussions qu'il a suscitées. Nous avons vu qu'elle était apparue au cours d'une poussée crépusculaire, indépendante de tout accès convulsif, mais succédant à un état émotionnel. Le malade a agi sous le coup d'idées de persécution, exacerbant la dépression. Délire et tristesse, comme le dit M. Ducosté (12), ont teinté l'impulsion-suicide qui a suivi. Et l'on peut, en quelque manière, comparer la phrase de notre malade : « Il vaut mieux que je parte dans ces conditions-là », à celle que M. Ducosté rapporte dans sa seconde observation : « Mille morts plutôt qu'une. » Si le malade a fini par succomber à la violence de l'impulsion, il y a eu courte lutte anxieuse, montrant que la tendance est en désaccord avec les sentiments habituels du sujet. Ici encore, nous retrouvons à peu près tous les caractères propres à l'automatisme épileptique, surtout quand nous remarquons que la tentative de suicide a été en tous points calquée sur les précédentes.

Il est difficile, dans ces conditions, de refuser à cet accès crépusculaire avec impulsion au suicide, la valeur d'un accès larvé, d'un véritable équivalent psycho-moteur.

Il n'est point comparable à ces impulsions-suicide automatiques et eupraxiques, et d'ailleurs parfois amnésiques, qui surviennent au cours d'une sorte d'état second, à la suite d'un choc émotionnel violent ayant déclenché l'obsession du suicide. Comme le font remarquer MM. Claude et Masquin (18), puis MM. Fribourg-Blanc et Masquin (19), ces impulsions-suicide chez des obsédés se différencient des impulsions-suicide épileptiques par certains côtés : elles ne sont que le déroulement automatique de phénomènes ressassés, acceptés, et même, au moins une fois, ébauchés en pleine connaissance de cause. Or, notre sujet n'a jamais eu l'idée de se supprimer en dehors de ces périodes de trouble, malgré son habituelle dépression. C'est pourquoi, dans un cas comme celui-là, il ne nous semble pas abusif de parler d'équivalent épileptique et de sortir de la réserve qui s'impose en face d'équivalents impulsifs conscients et mnésiques isolés. Ceci vaudra d'ailleurs à la fois pour l'impulsion elle-même et pour la poussée psychosique transitoire. Le fait ne manque pas d'une certaine valeur puisque nous avons dit, à

la suite de la plupart des auteurs, combien était rarement démontrée l'origine comitiale d'un état crépusculaire et délirant passager, surtout conscient et mnésique, s'il ne précède ou suit un paroxysme convulsif.

Chez ce malade, le traitement n'a agi que pendant une très courte période. Il n'a point modifié les caractères de l'automatisme qui sont toujours restés analogues. Les accès convulsifs n'ont pas fait place à la seule épilepsie psychique, comme on le voit chez le premier malade de M. Ducosté. Et si le sujet a toujours assisté en spectateur au geste qui lui était imposé, sauf pour le dernier où il y a eu courte résistance de sa part, on n'a pas observé, dans le cas particulier, la possibilité pour lui de le modifier par un effort de diversion volontaire. Il ne nous a pas été donné de voir un phénomène comparable à ceux que MM. Claude et Baruk (20) décrivaient sous le nom de « formes dégradées » de l'épilepsie, obtenues par traitement gardénalique (chez des comitiaux à impulsions moins violentes, il est vrai). L'automatisme déjà psycho-moteur de notre malade ne s'est point transformé en automatisme davantage psychologique.

Ces tentatives de suicide chez un épileptique conscient de son acte posent encore une fois la question de savoir si le suicide est fréquent chez les comitiaux. A plusieurs reprises, M. Courbon (21, 22) l'a déclaré rare, surtout pendant les périodes de lucidité. Il invoque l'inconscience des épileptiques vis-à-vis de la gravité de leur état. Au contraire, Picard (10) fait remarquer que, pour la plupart, il ne serait point si exceptionnel. Il en cite plusieurs exemples, dont l'un remarquable puisque les tentatives sont de deux ordres : conscientes entre les crises et inconscientes en état d'absence. Dans le cas que nous exposons, quoique les actes soient conscients et d'apparence coordonnée, ils ne sont nullement volontaires. Mais d'autre part il convient de remarquer que le malade a incontestablement le sentiment vague d'une diminution sociale ; et s'il ne pense pas devoir se supprimer, du moins il en souffre. Aussi serions-nous assez enclins à lui appliquer l'interprétation que Picard (10) donne d'un certain nombre de cas : « Il advient que des tendances dépressives inavouées ou refoulées prennent corps dans l'état crépusculaire. »

Quoi qu'il en soit, le suicide conscient et mnésique, fait très rare, a bien, en certaines circonstances, la valeur d'un équivalent épileptique. Par analogie, il y a lieu de penser qu'il pourrait en être de même pour d'autres impulsions violentes. Aussi, en médecine légale, il sera juste d'en tenir compte, tout au moins

lorsque tous les autres caractères porteront la marque de l'épilepsie. Sans se tenir sur l'extrême réserve que demande M. Ceillier (23), la plus grande prudence s'imposera cependant toujours dans les conclusions. Car, observe Picard (10) : « En la matière, il n'est pas de critères absolus ; il serait vain de réclamer l'infailibilité du jugement. »

PRINCIPALES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES (1)

1. L. MARCHAND. — Des accès épileptiques avec conservation de la mémoire. *Presse médicale*, avril 1924, p. 290.
2. INGHELS. — Epilepsie avec conservation de l'intelligence et de la sensibilité pendant les accès. *Bulletin de la Société de Médecine de Gand*, 1860.
3. FOVILLE. — Physiologie pathologique des convulsions. *Annales médico-psychologiques*, t. VI, p. 75, 1869.
4. MARCHAND et OLIVIER. — Etat de mal épileptique avec conservation de la conscience. *Annales médico-chirurgicales du Centre*, août 1906.
5. MAXWELL. — L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie. *Thèse de Bordeaux*, 1903.
6. MARTINOT. — Conscience partielle et amnésie retardée dans les absences épileptiques. *Comm. à la Soc. Méd.-Psych.*, 28 nov. 1921.
7. TAMBURINI. — L'amnésie n'est pas un caractère constant de l'épilepsie larvée. *Rev. sperim. di Frenatria*, 1878.
8. FALRET. — De l'état mental des épileptiques. *Ann. gén. de Médecine*, 1860.
9. GARNIER. — *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, 1895.
10. PICARD. — Des actes automatiques de nature comitiale. Essai d'interprétation. *Thèse Paris*, 1927.
11. DE CURTON. — L'épilepsie consciente et mnésique. *Thèse Bordeaux*, 1932-33.
12. DUCOSTÉ. — De l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques : Le suicide impulsif conscient. *Thèse Bordeaux*, 1898-99.
13. J. ABADIE. — L'épilepsie psychique. *Rapport à la XII^e réunion neurologique internationale*, Paris, 1932.
14. DOTEZAC. — Des crises d'épilepsie sans perte absolue de connaissance. *Thèse Bordeaux*, 1932.
15. E. CERNAUTZÉANU-ORNSTEIN. — Un cas d'épilepsie avec délire hallucinatoire transitoire. *Bull. de la Soc. Roumaine de Neur. Psych., Psychol. et Endocr.*, n° 2, mai 1926. — Relation de C.-I. PARHON in *Revue de Neurologie*, janvier 1928.
16. In HEUYER. — Le devinement de la pensée et contribution à l'étude de l'origine organique de l'automatisme mental. *Ann. médico-psych.*, nov. et déc. 1926.

(1) Nous renvoyons, pour une bibliographie plus complète, à la *Thèse* du D^r DE CURTON, Bordeaux, 1932.

17. MASINI. — Le forme clinique d'ell'epilèssia. *Illust. méd. ital.*, mars 1931.
 18. CLAUDE et MASQUIN. — Tentatives amnésiques de suicide au cours d'états obsessionnels. *Ann. méd.-psych.*, avril 1932.
 19. FRIBOURG-BLANC et MASQUIN. — Tentatives de suicide au cours d'un état second chez un obsédé anxieux. *Ann. méd.-psych.*, avril 1932.
 20. CLAUDE et BARUK. — Sur quelques formes dégradées de l'épilepsie. Passage de l'automatisme moteur comitial à l'automatisme psychomoteur conscient sous l'influence du gardénal. *Encéphale*, 1931.
 21. COURBON. — Contribution à l'étude de la psychologie des maladies chroniques. *Encéphale*, p. 683, 1920.
 22. COURBON et Mme FRANCÈS. — Inconscience des épileptiques vis-à-vis de la gravité des conséquences de leurs crises. *Communication à la XII^e Réunion neurologique internationale*. Paris, 1932.
 23. CEILLIER. — La responsabilité pénale des épileptiques. XIV^e Congrès de Méd. Lég., 1929. In *Ann. de Méd. Lég.*, juin 1929.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 11 Juin 1936

Présidence : M. VURPAS, président

PRÉSENTATIONS

Sept cas de paralysie générale avec confusion et excitation prolongées, par MM. André-P.-L. BELEY et Charles-Henri NODÉ, internes des asiles de la Seine (Travail du Service du D^r Guiraud).

Nous avons eu l'occasion de suivre, dans le service de notre Maître, le D^r Guiraud, sept cas de paralysie générale avec confusion profonde, traités par la malaria.

Il nous a paru intéressant de vous présenter ces malades, car il s'agit d'une forme clinique peu fréquemment individualisée.

OBS. I. — *Olga Hol...*, 37 ans, entrée le 9 août 1934 pour un état confusionnel avec excitation psychomotrice à type maniaque, symptomatique d'une paralysie générale au début. Bon état général. Ponction lombaire, lympho, 19,8 ; albumine, 1 gr. ; Bordet-Wassermann +++ ; sang, Bordet-Wassermann très positif ; malarisée le 14 août 1934 (5 jours après son entrée) ; bien supporté ; grande amélioration déjà en décembre (4 mois après) ; sortie le 12 février 1935 (6 mois après) ; malade revue depuis en excellent état.

OBS. II. — *Jeanne Bez...*, 35 ans, entrée le 28 avril 1935 pour paralysie générale avec confusion mentale et agitation extrême. Ponction

lominaire, lympho, 5,6 ; albumine, 0,25 ; Bordet-Wassermann + ; malarisée le 2 mai 1935 (4 jours après) ; puis 40 grammes de Stovarsol du 2 juin au 22 octobre ; agitation désordonnée persiste plusieurs mois ; amélioration dès le début de septembre (4 mois après) ; sortie le 15 décembre 1935 (7 mois 1/2 après).

OBS. III. — *Victorine Dut...*, 48 ans, entrée le 3 juin 1935 pour paralysie générale avec excitation psychomotrice, incohérente et absurde. Ponction lominaire, lympho, 48 ; albumine, 0,70 ; Bordet-Wassermann + ; benjoin, 22222.22222.00000 ; sang, Bordet-Wassermann + ; malarisée le 15 juin (12 jours après) ; 20 grammes de Stovarsol et Quinby ; très améliorée milieu d'août (2 mois après) ; sortie le 19 septembre 1935 (3 mois après).

OBS. IV. — *Marie Ruy...*, 36 ans ; entrée le 4 septembre 1935 pour paralysie générale avec confusion mentale et agitation désordonnée. Ponction lominaire, lympho, 13 ; albumine, 0,55 ; benjoin 00222.22222.00000 ; sang, Bordet-Wassermann + ; urée, 0,33 ; état général précaire ; température 38° ; toux et crachats mucopurulents ; rien à l'auscultation ; Ziehl négatif ; malarisation, 3 octobre 1935 (29 jours après) ; la période d'excitation se prolonge ; amaigrissement ; croit parfois qu'elle est un homme ; hallucinations ; onirisme anxieux ; violences ; amélioration par moments à partir du 10 avril 1935 (7 mois après).

Le 1^{er} juin 1935, calme, émerge de sa confusion onirique ; trouble cénesthésique assez marqué (se sent vide) ; pseudo incohérence par mauvaise utilisation des souvenirs ; incapacité de les mettre à leur place et à leur valeur ; incapacité d'opération intellectuelle appliquée et suivie ; encore bouffée anxieuse : « j'ai tué » (fausse couche accidentelle) ; reconnaît avoir été malade puisqu'on le lui affirme. « Je n'ai plus qu'à me soigner ». Ponction lominaire (6 juin 1936), lympho, 3 ; albumine, 0,40 ; benjoin, 00100.22220.00000 ; Bordet-Wassermann + ; sang, Bordet-Wassermann négatif.

OBS. V. — *Renée Duc...*, 49 ans, entrée le 13 novembre 1935 pour paralysie générale avec agitation, confusion, dépression les semaines qui suivent. Ponction lominaire, lympho, 123 ; albumine, 0,55 ; Bordet-Wassermann + ; malarisation, 6 décembre (23 jours après) ; agitation, puis dépression ; 20 grammes de Stovarsol ; sortie en rémission le 9 avril 1936 (4 mois après).

OBS. VI. — *Henriette Ber...*, 48 ans, entrée le 30 novembre 1935 pour paralysie générale avec état dépressif, puis état d'agitation incoercible rappelant la manie confuse. Ponction lominaire, lympho, 170 ; albumine, 1 gr. 50 ; benjoin, 22222.22222.11000 ; Bordet-Wassermann + ; sang, urée, 0,70 (le 6 décembre 1935) ; température 38° et quelques jours 39° (4-9 décembre) par double foyer bronchopneu-

monique ; reste tout le mois de décembre subfébrile (37°8) : malaria le 3 janvier 1936 (34 jours après) ; l'excitation demeure ; amélioration depuis quelques semaines.

1^{er} juin, calme ; perte de la chronologie des souvenirs évoqués pêle-mêle en guise de réponse ; onirisme encore la nuit précédente « sa mère est venue, avec des chaussons bleus » ; grande suggestibilité : a épousé le sultan du Maroc ; plusieurs remarques pertinentes « j'ai eu la danse de Saint-Guy ; j'étais très agitée... » ; sait la date, faire un œuf au plat, résoudre un petit problème simple. Ponction lombaire (6 juin 1936), lympho, 5 ; albumine, 0,70 ; benjoin, 02222.22220.00000 ; Bordet-Wassermann + ; sang, Bordet-Wassermann +.

OBS. VII. — *Henriette Dug...*, 31 ans, entrée le 3 décembre 1935 pour ponction lombaire avec excitation intense de type maniaque, avec loquacité, turbulence, désorientation, insomnie ; un accès de dépression en 1932 ; traitée au Stovarsol sans internement. Ponction lombaire, lympho, 137 ; albumine, 0,95 ; benjoin, 22222.22222.21000 ; Bordet-Wassermann + ; sang, Bordet-Wassermann + ; excitation avec onirisme et confusion persiste ; pâleur extrême ; maigreur, malarisation le 26 décembre 1935 (23 jours après son entrée) ; même état confusionnel pendant plusieurs mois ; amélioration notable depuis mai (4 mois après) ; actuellement, transformation complète : calme, lucide, cohérente ; va sortir ; déficit mnésique : ne se souvient que très mal de son excitation ; ignore les circonstances de son internement. Ponction lombaire (6 juin 1936), lympho, 11 ; albumine, 0,60 ; benjoin, 02200.22220.00000 ; Bordet-Wassermann + ; sang, Bordet-Wassermann négatif.

Cet état confusionnel avec excitation de type maniaque, que nous retrouvons chez ces sept malades atteintes de paralysie générale, nous a paru un caractère commun de nature à justifier leur groupement.

Voici quelques remarques que nous proposons à leur sujet :

I. — Du point de vue sémiologique, on peut noter deux points : d'une part, nous tenons à préciser qu'il s'agit bien d'états confusionnels vrais et non d'une simple excitation chez des déments. Dans l'analyse d'un état confusio-démentiel, il peut être délicat de faire la part exacte de la confusion et de la démence. Mais, chez nos malades qui, toutes, sont ou guéries ou améliorées, nous avons assisté à une phase de réveil très caractéristique. Assez brusquement, parfois en quelques jours, la malade reprend conscience et est toute surprise de se trouver à l'hôpital, au milieu d'un tel entourage. Elle est incapable de retrouver les circonstances de son internement. Elle a quelques souvenirs très vagues et impré-

cis de son séjour à l'Asile. Cette phase de réveil avec cette amnésie lacunaire nous apparaît comme très significative.

D'autre part, chez les deux malades qui ne sont pas guéries (Obs. IV et VI), on note un état assez particulier. A l'interrogatoire, ces malades paraissent tout à fait incohérentes et leurs réponses absurdes pourraient faire songer à un profond délabrement capacitaire. Vues de plus près, il ne semble pas que leurs facultés de synthèse et de jugement soient très atteintes, ainsi qu'en témoignent des réponses très pertinentes et des petites opérations intellectuelles correctement effectuées. Ces malades semblent avoir surtout perdu la perspective de leurs souvenirs. Ceux-ci ne se soumettent plus à une hiérarchie logique de chronologie et d'efficacité. Ils se déroulent, s'enchaînent, s'agglutinent suivant quelque logique affective très lointaine pour nous, rappelant à la fois la pensée onirique et la fuite d'idées des maniaques. Nous croyons que cet état témoigne d'un état confusionnel en régression et qu'il permet même d'espérer une récupération mentale ultérieure plus satisfaisante.

II. — Nous avons tenu à insister sur ces formes confusionnelles de la paralysie générale parce qu'il nous semble que cette forme clinique est peu décrite dans les manuels. On a bien noté une forme confusionnelle à évolution aiguë, primitivement décrite comme paralysie générale galopante, mais son pronostic est beaucoup plus grave.

La thèse de Schmierer (1), qui s'inspire des travaux de MM. Marchand et Courtois, en collige 10 cas dont 9 se terminent par la mort. Deux cas plus récents de MM. Marchand, Capgras et Courtois (2) ont une évolution également mortelle.

Les cas que nous présentons ne sont nullement superposables. Les états d'excitation confusionnels sont comparables, mais l'état général de nos malades est moins gravement touché, et ne revêt pas cet aspect toxique grave. L'atteinte est moins profonde. L'amaigrissement est marqué sans aboutir à cette fonte musculaire qu'a observée Schmierer. Le dosage d'urée fait dans deux cas a donné, comme résultat, 0,33 (Obs. IV) et 0,70 (Obs. VI). Il semble que la déficience de l'état général ne soit là qu'en proportion de l'excitation du malade et s'amendera rapidement avec elle.

(1) SCHMIERER. — La Paralysie générale à évolution aiguë, *Thèse*, Paris, 1932.

(2) MARCHAND, CAPGRAS et COURTOIS. — Deux nouveaux cas de paralysie générale à évolution aiguë, *Société Médico-Psychologique*, 14-IV-32.

III. — L'évolution des sept cas qui nous retiennent confirme encore leur opposition avec ceux de MM. Marchand et Courtois. Les onze cas mortels qu'ils décrivent meurent entre le 7^e et le 20^e jour après leur entrée à l'hôpital.

Nos sept malades ont toutes été malarisées. Trois l'ont été dans les douze premiers jours (Obs. I, II et III), leur état général paraissait satisfaisant. Les quatre autres, plus gravement atteintes, ont été malarisées des 23^e au 30^e jour de leur entrée à l'Asile, c'est-à-dire, au-delà des limites dans lesquelles étaient mortes les malades de Schmierer. Pendant ce laps où elles avaient le temps de faire la preuve de leur gravité, ces paralytiques générales n'ont subi qu'un traitement d'ordre général : calme, repos, alimentation suffisante, injection d'huile térébenthinée. Certains auteurs (1) préconiseraient, dans cette période prémallarique, de commencer un traitement chimique.

Toutes ces malades ont parfaitement supporté la malariathérapie. Cette tolérance nous paraît être le fruit de la prudence avec laquelle l'opportunité de cette thérapeutique avait été décidée. La précarité de l'état général n'est jamais qu'une contre-indication relative et, après 1 mois de repos, la plus atteinte de nos malades pouvait supporter ce choc curateur.

Ceci nous amène à préciser comment, d'une façon générale, doivent être posées les indications de la malaria. Il y a évidemment quelques contre-indications formelles classiques, comme une tuberculose pulmonaire, une cardiopathie mal compensée, un âge trop tardif, encore que nous ayons malarisé avec succès récemment une malade de 62 ans. La malaria est un traitement qui exige beaucoup de souplesse, beaucoup de doigté, une surveillance et une appréciation quotidiennes. Si l'on veut lui demander son maximum d'efficacité, il faut savoir l'ajourner parfois, d'autres fois l'interrompre. La mécanisation, dans cet ordre de traitement amènerait des désastres thérapeutiques et statistiques. Si l'on sait apprécier avec prudence, les contre-indications définitives demeurent fort rares. Nous y mettrons comme les plus sérieuses, d'une part, l'existence de crises d'épilepsie au décours de la paralysie générale, et d'autre part, la crainte d'une neuro-récidive. Il y a certaines atteintes tertiaires de la moelle et de racines (douleur et sciatique, clonus du pied, réflexes rotuliens exagérés), que la malaria, par un véritable phénomène d'Erxheimer, réveille, parfois avec violence.

Quant aux accidents du paludisme lui-même, ils doivent être

(1) TARGOWLA et LAMACHE. — *Pratique médicale française*, décembre 1926.

rarissimes, car ils sont inconnus à la 1^{re} Section Femmes. Tout au plus, pourrait-on signaler deux cas de malades qui, affaiblis par les accès thermiques, ont été une proie plus facile pour une broncho-pneumonie et une infection dont une escarre était à l'origine.

IV. — Sur quoi peut-on fonder le pronostic mental ? Il est très difficile de se prononcer. Il est certain qu'en général les formes confusionnelles sont plus facilement réductibles que les formes démentielles. Cela n'a rien d'absolu, et il est impossible de dépasser les cas d'espèces. Nous voulons cependant faire une allusion rapide à l'idée émise que les paralytiques générales à syndrome humoral moyen seraient les plus curables.

Voici la liste de nos malades par ordre de lymphocytose rachidienne croissante :

		L. C. R.		
		lympho	albumine	
Observ.	II. — Bez. . . .	3.6	0.25	sort. remis.
—	IV. — Ruy. . . .	13	0.55	
—	I. — Hol. . . .	19.8	1 gr.	rémission, sortie.
—	III. — Dut. . . .	48	0.70	rémission, sortie.
—	V. — Duc. . . .	123	0.55	rémission, sortie.
—	VI. — Ber. . . .	137	0.95	
—	VII. — Dug. . . .	170	1.50	rémission, va sortir.

Ce simple tableau montre qu'il n'y a pas de parallélisme entre les rémissions et l'hyper-lymphocytose.

Conclusions. — Il convient donc d'insister sur les *formes confuses de la paralysie générale*.

Il y a des formes confuses à évolution aiguë qui meurent en quinze jours ou un mois.

Il y a des formes avec confusion et agitation prolongées dont nous rapportons aujourd'hui 7 cas. La confusion est complète avec obtusion considérable des perceptions, illusions de fausse reconnaissance, onirisme, langage elliptique. L'agitation peut être forcenée avec, parfois, l'allure pseudo-maniaque. L'état général ne paraît pas très gravement touché.

Pratiquement, à l'entrée d'une paralytique générale confuse, c'est le bilan exact de l'état général qui demeure la première préoccupation, car son traitement seul importe (rechercher l'amaigrissement, la température, les fuliginosités des lèvres, les trémulations musculaires, l'azotémie).

Si cet état toxi-infectieux est supporté, la malaria doit, alors

seulement, être pratiquée, comme dans ces cas dont nous vous présentons les résultats encourageants. La malaria a toujours été bien supportée, mais l'amélioration n'a pas été immédiate. Il ne faut pas croire à un échec si l'agitation et la confusion persistent. Prudemment, en vérifiant la susceptibilité hépatique et rénale, nous avons soumis nos malades à un traitement chimique, au stovarsol généralement. Nous croyons même que les injections d'huile thérébentinée, telle que le préconise M. Guiraud, ont une action adjuvante très efficace. Le malade Dug... (Obs. VII), en particulier, a eu sa rémission déclanchée après une réaction intense, envahissant toute la face externe de la cuisse, consécutive à l'injection cutanée de 3 cm³ d'huile thérébentinée.

Quels que soient les mérites du stovarsol, nous donnons, dans ces cas de paralysie générale avec confusion et agitation prolongée, notre préférence à la malariathérapie dont l'action est certainement plus rapide, ce qui nous paraît souhaitable dans les formes aiguës où tout doit être mis en œuvre pour éviter le risque de laisser s'installer des lésions définitives.

M. MARCHAND. — Les cas de MM. Beley et Nodet soulèvent le problème du pronostic de la paralysie générale traitée dès son début clinique. J'estime qu'actuellement, nous ne pouvons faire la distinction entre, d'une part, la paralysie générale à forme de confusion mentale avec ses lésions encore curables, et la paralysie générale à évolution démentielle avec ses lésions incurables. Il faut reconnaître que nous ne possédons pas de signes certains cliniques et humoraux pour faire la distinction entre ces deux formes évolutives de la méningo-encéphalite diffuse. Il y a une question de terrain que nous ne pouvons apprécier. C'est ainsi que, chez certains sujets, les phénomènes confusionnels se transforment peu à peu en symptômes démentiels malgré un traitement intensif.

Il est souvent impressionnant, par contre, d'observer combien le traitement agit rapidement sur ces formes confusionnelles et même sur les idées de grandeur considérées jadis comme signe de chronicité.

Dans les cas de paralysie générale à évolution galopante, je joins, et très souvent avec succès, l'abcès de fixation au traitement chimique.

M. Paul ABÉLY. — D'une façon générale, la malariathérapie est d'autant plus efficace contre la paralysie générale, quelle que soit la forme de celle-ci, confusionnelle, démentielle, délirante ou autre, que le sujet, ignorant sa syphilis, ne l'a jamais soignée.

Mais la malariathérapie peut également déterminer des syndromes de confusion mentale sur la paralysie générale contre laquelle on l'emploie. Ces confusions mentales sont alors en rapport avec une augmentation excessive de l'urée sanguine, augmentation produite par le paludisme.

M. VURPAS. — Les cas présentés par les auteurs où la confusion mentale est le premier signe de la paralysie générale, sont difficiles à identifier dès le début. Cette difficulté est d'ailleurs la même pour toutes les formes initiales : délirante, maniaque, mélancolique ou même neurologique de la paralysie générale qui peut être masquée sous l'une ou l'autre de ces formes.

M. GUIRAUD. — Dans les cas que mes collaborateurs ont en vue, la confusion mentale n'est pas une simple forme de début. Elle persiste pendant de nombreux mois. Et il importe de savoir reconnaître la méningo-encéphalite sous-jacente pour l'attaquer le plus tôt possible par le traitement.

**Un cas de buphtalmie associé à l'idiotie,
par MM. BRISSOT et DELSUC.**

Nous croyons que c'est Ambroise Paré qui donna, le premier, une bonne description clinique de la buphtalmie. Dans son ouvrage « Premier livre de l'introduction à la chirurgie », au chapitre « Des maladies de l'œil qui retiennent le nom d'aucuns animaux », il parle de l'« œil buphtalme » ou « œil de Bœuf » et dit entre autres « il est gros et esnorme, sortant hors de teste, comme l'on voit des bœufs les auoir ».

A notre époque, pour désigner la même affection, on dit glaucome infantile, ou hydrophtalmie, réservant le terme de buphtalmie pour les cas où les diamètres oculaires sont excessivement augmentés.

Notre malade a des yeux buphtalmes. C'est un enfant de 6 ans, actuellement soigné à la colonie de Perray-Vaucluse.

M. Bégue, ophtalmologiste de l'Asile de Vaucluse, qui l'a examiné, nous a fourni les renseignements suivants : « Glaucome infantile. Yeux buphtalmes : le droit est plus gros que le gauche. Cornée augmentée (17 mm. environ), avec infiltration surtout marquée à droite. Chambre antérieure profonde. A droite, la tension oculaire est très élevée ; bonne dilatation atropinique ; la papille est excavée, le nerf optique est petit et décoloré. La vision est presque inexistante. A gauche, la tension oculaire est diminuée ; mauvaise dilatation

atropinique. Synéchies annulaires (iritis ancienne). Corps flottant du vitré. Fond d'œil peu visible. Décollement rétinien probable. La vision est inexistante. » Ajoutons l'aspect bleuâtre de la sclérotique, surtout net au voisinage de la cornée. La réaction pupillaire à la



Glaucome infantile très accusé (Buphtalmie)

lumière est normale à droite, abolie à gauche. De plus, quand on braque brusquement une lumière vive sur l'œil droit, l'enfant ferme instantanément et énergiquement la paupière, il s'agite et crie. À gauche, la même épreuve le laisse indifférent. Pas d'anesthésie cornéenne.

Par ailleurs, du point de vue somatique, il n'y a rien de très particulier à signaler. Comme dystrophie osseuse : prognathisme des deux mâchoires. L'exploration des organes thoraciques et abdominaux

est restée négative ; à noter seulement une légère splénomégalie. Pas de troubles digestifs, pas d'albuminurie, ni de glycosurie. Du côté des organes génitaux : ectopie testiculaire gauche. Aucun signe de la série neurologique : les réflexes tendineux et cutanés sont normaux ; il en est de même pour la sensibilité superficielle ; vu le gros déficit mental, le sens stéréognosique ne peut être étudié ; pas d'hypermétrie, de tremblements, de mouvements choréïques ou athétosiques. Pas de troubles trophiques ou vaso-moteurs, ni de dystrophies cutanées. Mais on remarque une hypotrophie et une hypotonie musculaires généralisées. La station assise est possible ; la station debout difficile ; l'enfant ne marche que si on le tient par la main. La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Sang : Bordet-Wassermann négatif. Liquide céphalo-rachidien : Bordet-Wassermann et benjoin colloïdal négatifs ; pas d'hyperalbuminose, ni de leucocytose.

Au point de vue mental : idiotie, gâtisme. Ne s'alimente pas seul. Aucun langage, même syllabique. L'attention volontaire est difficile à étudier. L'attention spontanée existe : il tourne la tête du côté d'où vient le bruit. Fait particulier : il flaire les objets qu'on lui présente.

En résumé : 1° *au point de vue physique* : chétivité et buphtalmie ; 2° *au point de vue mental* : idiotie.

Les recherches que nous avons faites ne nous ont rien appris de bien précis au sujet de la pathogénie et de l'étiologie du glaucome infantile. Des théories pathogéniques, la plus en faveur semble être celle de la rétention du liquide intra-oculaire par obstruction du canal de Schlemm et de l'angle irido-cornéen, obstruction très rarement congénitale, presque toujours acquise et secondaire à l'inflammation des régions antérieures de l'œil pendant les derniers mois de la vie intra-utérine ou après la naissance. Dans ce cas, le rôle de la syphilis pendant la gestation serait possible (1). Quoi qu'il en soit, il y a accumulation des humeurs par défaut d'excrétion. D'où une grosse hypertension intra-oculaire, laquelle, en raison du caractère histologique de la sclérotique chez l'enfant, provoque une distension, un amincissement de cette membrane et une augmentation du volume du globe. Cette augmentation, cet amincissement portent surtout en avant des muscles droits et touchent la cornée aussi bien que la sclérotique : d'où l'aspect bleuâtre de celle-ci, l'effacement de l'angle sclérotico-cornéen, l'aplatissement du limbe et la mégalo-cornée. Dans la chambre postérieure, l'hypertension est cause de l'excavation de la papille et de l'atrophie du nerf optique.

(1) Pour d'autres, il y a hypersécrétion des liquides intra oculaires par inflammation de la choroïde, de l'iris et du corps ciliaire.

Ce symptôme est considéré par tous les auteurs comme un état de dégénérescence ; d'autres stigmates lui sont souvent associés. On le retrouve parfois chez les collatéraux et les ascendants. Presque toujours le cas est sporadique, mais alors, il y a fréquemment, dans la famille, d'autres malformations oculaires. Bref, s'il y a hérédité oculaire, elle est dissemblable dans ses manifestations.

L'œil buphtalme, étant un stigmate de dégénérescence, trouverait comme toujours son origine dans les tares des ascendants. Il se voit surtout chez les scrofuleux.

Dans le cas que nous vous présentons, les interprétations sont difficiles à faire. D'une part : les réactions humérales syphilitiques, la cuti-réaction à la tuberculine sont restées négatives, et, seule une légère splénomégalie a été notée. D'autre part, l'enquête sur l'hérédité n'a pu être faite : le père est mort, cet enfant n'a plus que sa mère qui, d'ailleurs, est internée dans un asile.

Nous dirons, pour conclure, qu'il s'agit d'un cas de buphtalmie chez un idiot hypotrophique ayant certainement une grosse hérédité mentale.

Une amoureuse de prêtres par érotisme d'involution présénile chez une paraplégique, par MM. Paul COURBON et Ch. FEUILLET.

La femme que nous présentons a, pendant plusieurs années, par sa conduite érotique envers deux curés, semé le scandale dans deux paroisses. La discussion du cas de cette amoureuse de prêtres est intéressante au point de vue psychobiologique en raison de la difficulté de son classement nosographique, et au point de vue psychosociologique, en raison de l'exemple qu'il donne des dangers que la profession ecclésiastique fait courir, de la part des psychopathes.

Elle a été internée, à l'âge de 57 ans, à la suite d'un accès de colère pathologique survenu dans une maison de retraite tenue par des religieuses où elle était en pension depuis un an. Conduite à l'Infirmier du Dépôt, elle révéla spontanément ses aventures amoureuses que le dossier de la préfecture ne contenait pas, mais qui furent confirmées depuis par une enquête pratiquée à notre demande. Arrivée à Vaucluse depuis bientôt un an, elle ne s'est pas modifiée. Docile, sociable, aimable, brochant dans son lit où la confine sa paraplégie, les seules anomalies constatables sont, à part un certain degré de débilité mentale, l'existence d'une humeur joviale et d'une hantise

sexuelle qui se traduit par les minauderies de la mimique et la gaillardise des propos. Avec complaisance, elle fait le récit de ses amours. Elle entre assez facilement en colère et son état mental habituel est celui d'une hypomaniaque.

On ignore son hérédité. Elle ne paraît pas avoir été cyclothymique. Mais on sait qu'à trois ans une paralysie infantile grave la frappa et la laissa infirme des membres inférieurs, la condamnant désormais à se trainer péniblement à l'aide d'appareils orthopédiques et de cannes. Jusqu'à 16 ans, elle fut pensionnaire d'un couvent de sœurs. Toute sa vie elle fut pratiquante, se confessant et communiant fréquemment. Elle n'eut jamais de confesseur attitré, jamais de scrupules, et sa foi, quoique sincère, semble avoir été compatible avec une grande indulgence pour soi et pour autrui.

Dès l'enfance, elle eut le sens sexuel éveillé. Depuis l'âge de 6 ans, elle se serait masturbée quotidiennement et aurait depuis préféré, à celle des filles, la compagnie des garçons que son infirmité et les mœurs lui rendaient impossible. Pas d'homosexualité. A 20 ans, elle fit un mariage de raison avec un brave homme qui avait 13 ans de plus qu'elle. Elle exigea et obtint un coït quotidien, mais « il ne savait que la rendre enceinte ». Elle eut cinq fausses-couches et six enfants dont un seul a survécu. Il se suicida après 20 ans de mariage lui reprochant ses dépenses. Les dernières années il était devenu frigide. Mais elle ne le trompa jamais de peur qu'on le sût ; « elle aurait eu trop honte ».

Elle ne se remaria pas, car elle n'en eut pas l'occasion, et gagna sa vie en tenant une pension de famille, aidée d'une belle-sœur et de ses enfants. Son veuvage lui pesait. Et « ce qui a fait son malheur, c'est de ne pas avoir pris un second mari, car elle ne serait pas devenue amoureuse des prêtres », répète-t-elle constamment.

En 1925, toute la famille vint habiter Paris où, en sa qualité d'infirmière, elle fut préposée à la cuisine et surtout à la surveillance de la maison. Quand elle avait un moment, elle allait prier à l'église, car elle aimait bien prier, explique-t-elle. C'est ainsi qu'elle fit connaissance du curé. Elle l'adopta pour confesseur. Elle le trouvait beau à regarder ; elle lui demandait des conseils et lui écrivait : « Aimez-moi pour que je reste pure. Je suis votre femme spirituelle. Donnez-moi de la boisson que les curés boivent pour se passer de femme, pour que je ne pense plus à vous. » Il ne répondait pas et quand elle l'abordait il la tançait violemment.

Pourtant, il avait des gestes qui encourageaient la malade à persévérer. Et dans ses sermons il faisait des allusions également encourageantes. En chaire, il se passait la main sur les lèvres comme pour un baiser. Il joignait les mains en portant l'index dans sa direction. Il se passait la langue entre les lèvres. Il se mouchait en la regardant. « Un soir, n'y tenant plus, dans la sacristie, je me suis jetée sur lui et lui ai relevé la soutane, sans souci des enfants de chœur, en criant :

Eh bien oui, je suis hystérique ! Il m'a repoussée avec colère, disant que je serais excommuniée. Je suis tombée par terre, et le bedeau m'a mise à la porte. Après tout, c'est sa faute à ce curé. Par ses gestes, il me faisait croire qu'il voulait coucher avec moi. Mais en réalité il se moquait de moi. Il avait raconté aux autres curés et même aux paroissiennes que j'étais hystérique. Alors, tous et toutes, en me regardant, agitaient la langue entre les lèvres et se mouchaient pour prouver qu'on savait que j'étais hystérique et que je dégageais l'odeur des hystériques. Un jour, je l'ai entendu dire au sacristain en se serrant le bras devant l'autel : Voilà le plus gros cierge de la paroisse. Ça m'avait tellement émue que, rentrée chez moi, j'ai joui en y pensant, sans même me masturber. »

Le malheureux prêtre a déclaré à l'enquête que, pendant cinq ans, les visites qu'elle lui faisait à l'église étaient presque journalières, qu'elle se livrait sur elle ou sur lui à des gestes obscènes, qu'au cours d'une messe, il fut « dans l'obligation de la traiter de salope », qu'elle lui écrivait des billets ainsi conçus : « Mon chéri, je vous aime, je suis folle de vous avec qui je voudrais faire l'amour. »

En 1932, la famille émigra dans un village sans église où la malade ne fit aucun scandale. Puis, la famille s'installa dans un chef-lieu de canton dont le curé devint l'objet des mêmes persécutions. Il était plus jeune, plus vigoureux que l'autre, nous dit la malade. C'est alors qu'on se résolut à la placer dans une maison de retraite. Elle y vécut près d'un an, au milieu de scènes d'indiscipline. Au cours de l'une d'elles, alors qu'elle brisait tout, on la conduisit à l'infirmerie du Dépôt.

La malade raconte son histoire avec complaisance. Et le plus souvent elle l'entre coupe de propositions lubriques plus ou moins brutales. « Dites donc, qu'on me laisse seule avec vous. Faut-il que je vous fasse comme j'ai fait au curé dans la sacristie ? Je vais le faire à l'interne. J'ai besoin de calineries et d'amitiés. Je vous aime. Mais il ne faut pas croire que je suis hystérique. Je ne veux pas qu'on me mette dans une maison de prostitution où il paraît qu'on mène les hystériques. Non, non, je ne me masturbe pas. Mais j'avoue qu'à l'hôpital Ste-Anne, on a dit que j'étais vicieuse parce que j'avais soulevé les jupes des infirmières. » Elle esquisse encore le même geste avec des propos galants à l'adresse de certaines infirmières de son dortoir.

Interrogée sur son goût des prêtres, elle répond avec sa niaise simplicité de débile : « C'était plus fort que moi. Je pensais qu'avec un prêtre, ça ne se saurait pas, que c'était sacré, car, pour rien au monde, je n'aurais voulu qu'on sache que j'avais un amant. Oh ! j'aurais dû me remarier. » Plusieurs fois, le curé appelé auprès de moribondes, a passé près d'elle dans le dortoir. Son passage n'a éveillé en elle aucune émotion. Et sa foi religieuse n'a jamais paru la préoccuper beaucoup depuis son internement.

Il s'agit donc d'une femme de 57 ans qui, depuis la ménopause, s'est mise à poursuivre de ses assiduités galantes les curés des deux paroisses qu'elle a habitées. Il convient d'envisager deux points dans son cas : d'abord le déterminisme de sa conduite amoureuse pour savoir si l'on a à faire ou non à une érotomane véritable ; ensuite le déterminisme du choix du prêtre comme objet de cette conduite pour savoir si ce choix est dû à une tendance perverse, à une tendance mystique, ou s'il a une autre cause.

S'agit-il d'une érotomanie, affection assez mal définie pendant longtemps, tenant à la fois de la paranoïa et de la quérulance qui fait s'imaginer au sujet l'existence d'un amour partagé entre lui et son élu, affection que de Clérambault a rangée dans les psychoses passionnelles ? Assurément non. D'abord, l'érotomanie, comme y insistait Esquirol, est le plus souvent chaste ; notre malade, au contraire, est d'un tempérament charnellement sexuel qu'elle avoue, qu'elle a prouvé par ses actes et qui éclate dans la lubricité de ses paroles, de ses sous-entendus et de ses interprétations. Ensuite, comme l'a mis en évidence de Clérambault, l'érotomanie évolue en secteur, passant par trois phases d'espoir, de dépit et de rancune. Rien de tel ici. Le curé de la seconde paroisse détrôna celui de la première et, depuis l'internement, ils ont été détrônés par le médecin, les internes et, à leur défaut, par les infirmières.

Ses agressions ne s'accompagnent d'aucun raisonnement sentimental. Elles ont la rectitude et la simplicité de l'instinct. Quand elle se précipita sur le premier curé en lui soulevant la soutane, sa conduite rappelait le rut, non le dépit, ni la rancune.

Toute cette histoire est celle d'un instinct sexuel exalté, temporairement refoulé, et qui cherche à s'assouvir clandestinement. L'exaltation date de l'enfance auto-masturbation, recherche de la société des garçons ; elle continue dans le mariage, coïts journaliers malgré 11 grossesses ; elle fut péniblement dominée pendant le veuvage sous les contraintes religieuse et sociale. Elle transparait encore dans la lubricité quotidienne des gestes et des propos.

On peut donc considérer cette femme comme atteinte d'un déséquilibre constitutionnel, caractérisé surtout par l'hypertrophie de l'appétit sexuel. Ce déséquilibre s'est exagéré à la ménopause, provoquant les scandales qu'un long refoulement avait pu empêcher jusque-là. Comme telle, la malade n'a rien de l'érotomane qui obéit à un délire ; c'est une érotique qui cède à son besoin d'assouvissement. Plus exactement, c'est une débile hypomaniaque à forme érotique.

Reste à considérer le second point de son cas : le choix du prêtre comme partenaire dans l'acte sexuel. Rien, dans les éléments constitutifs du psychisme de cette femme, ne semble avoir déterminé ce choix. Fruste et sans détour, obéissant passivement aux impératifs d'une religion qu'elle comprend mal et dont elle ne se soucie guère, il est sûr qu'elle est réfractaire au piment du sacrilège. Ce n'est pas une perverse satanique. Ce n'est pas non plus l'attrait d'une supériorité mystique qui lui a fait désirer la communion corporelle d'un partenaire sacré.

Force nous est de chercher, ailleurs que dans le psychisme, la raison du choix du prêtre. Il semble qu'on la trouve, pour une faible part, dans sa débilité mentale et pour une très grande part, dans son invalidité physique. Sa débilité mentale lui fait croire à l'inviolabilité du secret d'un acte défendu, accompli en collaboration, du seul fait que le collaborateur est insoupçonnable, de par les fonctions sacrées qu'il accomplit socialement. Son invalidité paraplégique a eu le principal rôle, car pour cette impotente, sans beauté, sans fortune et sans relations, ne se déplaçant qu'avec une peine et une lenteur extrêmes, le seul lieu de promenade possible où elle fût sûre de trouver un homme était l'église et cet homme était le curé. En réalité, le prêtre *n'a pas été choisi*. Il a été pris en tant qu'homme et non en tant que prêtre. Ses qualités sacerdotales ont été inopérantes.

Nous avons là un exemple d'une des conditions pour lesquelles la profession ecclésiastique est une de celles qui prédestinent celui qui l'exerce aux conflits avec les aliénés.

Au total, il s'agit d'un érotisme assez banal d'involution pré-sénile qui doit la plus grande partie de son pittoresque à l'infirmité physique concomitante. Cette infirmité a fait une amoureuse de prêtre d'une femme qui, sans elle, n'eût été qu'une amoureuse sur le retour.

La malade, introduite, minaude avant de répondre, et, jouant la pudeur, répète que ce qu'elle raconte en particulier ne peut pas se dire devant tout le monde. Avertie qu'elle coucherait ce soir à la clinique de Ste-Anne, au lieu de regagner Vaucluse, elle demande avec allégresse si c'est avec le professeur qu'elle couchera. Interrogée par M. Lagache, elle raconte avoir perdu son père à l'âge de trois ans, avoir aimé le premier curé parce qu'il s'essuyait les yeux et avait l'air triste en la regardant. Aussitôt, elle alla se confesser à lui, le pria de la guider, de lui indiquer des lectures et lui demanda si *Manon* n'était pas un bon roman. Il dit que non, et que si elle ne le jugeait pas mauvais, c'est qu'en réalité elle avait une belle âme. « Une belle âme ! une belle âme ! reprend-elle en hochant la tête et

clignant de l'œil, ce n'est pas la réponse que j'aurais voulu de lui. » Interrogée sur la naissance de son amour pour le second curé, elle s'écrie avec enthousiasme : « Celui-là, je l'ai aimé immédiatement en le voyant, car c'était un beau gaillard ! »

M. LAGACHE. — Le cas de MM. Courbon et Feuillet pose deux questions, celle du diagnostic et celle de la pathogénie.

La malade est-elle érotomane ou érotique ? Il ne semble pas que le diagnostic différentiel puisse s'énoncer en termes et il faudrait sans doute envisager un diagnostic plus large, permettant de réunir les divers aspects de la psychose. Parmi ceux-ci, il paraît difficile d'éliminer l'érotomanie. L'érotomanie n'est pas une entité morbide, elle est un thème délirant, ou mieux, une déviation de la relation amoureuse normale dont la composante active, aimer, se trouve diminuée au profit de la composante passive, être aimée. Cette situation, ébauchée dans le comportement des amoureux normaux, devient morbide lorsque le sujet acquiert la conviction délirante qu'il est aimé et lorsque son sentiment a commencé par la perception, venant de l'extérieur, qu'il est aimé, à la faveur d'un mécanisme de projection. Ces deux conditions sont réalisées ici : la malade exprime nettement la conviction qu'elle est aimée ; cette conviction repose sur des interprétations délirantes que les présentateurs ont mises en valeur ; la malade a pris conscience de son sentiment lorsqu'elle a vu le prêtre s'essuyer les yeux, signe qui lui parut évident de l'émotion de cet ecclésiastique et de ses regrets d'être célibataire, de ne l'avoir pas connu, elle, etc...

Contre l'érotomanie, on a fait valoir l'absence de dépit et de haine, en se référant aux idées de M. de Clérambault. Mais ces réactions ne sont pas constantes dans l'érotomanie. A côté des amoureuses persécutrices, il y a des amoureuses persécutées et des amoureuses satisfaites ; ici, il s'agit d'une amoureuse persécutrice, étant donné les actes d'agression sexuelle commis par le sujet. La satisfaction, l'inaction, la rêverie, sont peut être le cas le plus fréquent et donnent à l'érotomanie une note « schizoïde » ; c'est ce qui fait qu'il ne paraît pas tout à fait satisfaisant de la mettre sur le même plan que d'autres « états passionnels » comme la jalousie, en quelque sorte plus « paranoïaque » ; M. Claude et moi-même avons montré que celle-ci était beaucoup plus « réelle », l'érotomanie beaucoup plus « déréelle », comme dirait M. Guiraud ; le passage de la jalousie à l'érotomanie, observé par nous dans un certain nombre de cas, est un passage d'un conflit avec la réalité à des satisfactions ima-

ginatives, intriqué parfois avec le passage des idées de persécution, aux idées de grandeur ; il s'accompagne d'une transformation de la phénoménologie du délire, d'abord interprétative, puis dominée par le rêve et les pseudo-hallucinations. Enfin, il y a lieu d'insister sur le « narcissisme » de ces sujets, ici naïvement exprimé par cette femme, qui répète, avec complaisance et plein assouissement, une parole qu'elle attribue au prêtre : qu'elle a « une belle âme ».

Le problème pathogénique est déjà abordé par ces considérations. Il ne semble pas que des motifs négatifs, comme ceux qu'ont invoqués MM. Courbon et Feuillet, soient suffisants pour rendre compte du choix d'un prêtre comme objet érotomaniaque. Il y a, à ce choix, des conditions appartenant à la situation de la malade ; elle n'était plus en puissance de mari, étant devenue veuve ; et l'érotomanie se produit en effet, généralement, chez des femmes seules ; lorsqu'elle se produit chez une femme mariée, elle coïncide souvent avec l'insatisfaction conjugale, la jalousie, ou plutôt elle fait suite à la jalousie. A propos des amoureuses de prêtres, il y aurait lieu d'examiner la théorie freudienne qui fait jouer un rôle à l'homosexualité inconsciente : le prêtre a une robe. Chez la malade, les possibilités homosexuelles se sont manifestées en maintes circonstances. Un motif plus évident de fixation érotomaniaque sur le prêtre, c'est un prestige moral et social, qu'il partage avec le médecin et le professeur. A cet égard, il n'est pas sans intérêt de souligner que la malade n'a pas connu son père, mort quand elle était en bas-âge. Ces anomalies de la structure familiale sont fréquentes dans les antécédents des érotomanes et constituent vraisemblablement un des facteurs de la prédisposition à l'érotomanie.

M. BRISOT. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Courbon. Les femmes dont l'appétit sexuel refoulé par le veuvage et exalté par la ménopause cherche un assouissement auprès des confesseurs ne sont pas rares du tout.

M. LAGACHE. — Le médecin, le professeur peuvent devenir les confidentes des déséquilibrées.

M. P. GUIRAUD. — Je crois beaucoup trop schématique la description faite par de Clérambault de l'érotomanie. Il est des érotomanes qui ne franchissent pas les étapes qu'il a décrites, bien que leur état mental dure pendant de nombreuses années.

M. VURPAS. — L'érotomanie ne doit pas être considérée comme une maladie. C'est un symptôme que l'on rencontre comme

l'expression de diverses psychoses : la psychose maniaque dépressive, le délire paranoïaque, le délire de revendication, l'affaiblissement intellectuel constitutionnel ou acquis. L'évolution du syndrome et les réactions qui s'associent à lui, sont donc essentiellement différents. A la liste des professions citées, comme exposant celui qui les pratique à attirer l'attention des psychopathes, il faut ajouter les acteurs et, d'une façon générale, tous les hommes en vue.

M. COURBON. — Qu'on emploie l'épithète que l'on voudra pour qualifier la conduite de cette femme, je maintiens qu'au point de vue psychologique, elle n'offre que d'insignifiantes ressemblances avec les malades qu'à la suite d'Esquirol, on a appelés érotomanes. Les érotomanes, au sens classique du terme, sont des passionnés, voués, sinon pour toujours, du moins pour l'instant présent, à un seul amour, le plus généralement platonique et interprétant toute la conduite de l'élu, comme une preuve de son affection réciproque. Dans l'érotomanie, disait Esquirol, « l'imagination seule est lésée ; il y a erreur de l'entendement ». Avant la guerre, on classait les érotomanes dans la paranoïa ou la psychose revendicatrice. G. de Clérambault les a classés dans la psychose passionnelle, insistant sur leur évolution en 3 phases d'espoir, de dépit et de rancune, et sur leur développement en secteur.

Chez notre malade, l'entendement et l'imagination, pour employer le langage d'Esquirol, jouent un rôle infime. On ne trouve pas trace des raisonnements alambiqués et interminables qui constituent le fameux Postulat de de Clérambault. Ses interprétations de la conduite du prêtre, ressortissent à la dialectique rudimentaire des sous-entendus obscènes de la chanson pornographique. Elle déclare avoir aimé le premier curé parce qu'il pleurerait ; mais elle se rebiffa quand il lui dit qu'elle avait une belle âme, et elle avoue que le second la séduisit immédiatement par sa prestance virile. A l'heure actuelle, elle adresse ses propositions lubriques au premier venu, quel que soit son sexe, qui veut bien les écouter. Elle regrette de s'être adressée à des curés, puisque ça l'a amenée ici, mais elle ne les regrette pas, eux. Elle ne les avait *pas choisis* ; ils lui avaient été imposés par les circonstances. Elle n'est pas le moins du monde une raisonneuse. Son humeur joviale et sa fausse pudibonderie pendant la présentation éloignent tout diagnostic de paranoïa ou de quérulance. Elle n'a pas la moindre jalousie ni pour les prêtres, ni pour personne. C'est uniquement une excitée sexuelle qui ne recherche qu'un assouvissement physique, sans souci du vêtement, culotte

ou jupe du partenaire, sans souci même d'aucune de ses qualités morales ou physiques. Je crois même que le mot délire ne convient pas à ses impulsions érotiques. N'oublions pas d'ailleurs qu'elle fut internée pour des manifestations de colère et non d'érotisme ; que sa conduite amoureuse ne fut signalée au premier psychiatre que par elle-même ; et que l'enquête qui les authentifie ne fut faite qu'à notre demande. Dans cette enquête, le curé a certifié qu'elle n'avait jamais été menaçante, ni dangereuse pour lui, autrement que par ses provocations lubriques.

S'il fallait absolument intégrer cette malade dans un des cadres de la nosographie, c'est dans l'hypomanie, non dans les délires que je la placerais.

Paralysie générale sénile et démence organique (ramollissements cérébraux par athérome et ramollissements bulbaires par endartérite spécifique), par MM. L. MARCHAND et H. BEAUDOUIN.

Depuis les premières publications anatomo-cliniques de l'un de nous sur la paralysie générale sénile (1), les observations se sont multipliées. Dans cette forme, admise maintenant sans conteste, on constate fréquemment à l'autopsie l'athérome des artères cérébrales qui, fait particulièrement curieux, entraîne exceptionnellement des foyers de ramollissement (2). On a rapporté cependant quelques cas dans lesquels les lésions athéromateuses avaient déterminé des lésions cérébrales en foyer se traduisant par une symptomatologie surajoutée au syndrome paralytique et entraînant une hésitation dans le diagnostic. Nous rappellerons le cas de Truelle (3), les deux cas de Trénel et Libert (4), celui de Carette (5). Dans l'observation suivante suivie d'un examen ana-

(1) L. MARCHAND. — Un cas de paralysie générale sénile associée à l'athéromasie cérébrale, *Soc. méd. psych.*, 29 juin 1903.

(2) E. TOULOUSE et L. MARCHAND. — Observation de paralysie générale sénile, *Soc. méd. psych.*, juillet 1903.

L. MARCHAND et R. DUPOUY. — Athéromasie cérébrale et paralysie générale associées chez un homme de 61 ans. Difficulté du diagnostic, *Soc. clin. de méd. ment.*, 21 juillet 1924.

(3) TRUELLE. — Paralysie générale tardive ou démence organique par lésions multiples. Lymphocytose positive, *Soc. clin. de méd. ment.*, 21 juin 1909.

(4) TRÉNEL et LIBERT. — Paralysie générale sénile et presbyophrénie, *Soc. clin. de méd. ment.*, juillet 1910.

(5) P. CARETTE. — La paralysie générale des vieillards. Thèse, de Paris, 1923.

tomo-pathologique, de nombreux foyers de ramollissements cérébraux (par athérome) et bulbaires (par endartérite spécifique) se surajoutent aux lésions de la paralysie générale, de sorte qu'on se trouve en présence de deux altérations morbides distinctes intéressant le même encéphale.

Mme A..., ancienne couturière, âgée de 80 ans, venant de l'hospice de Nanterre, est internée le 16 novembre 1935 avec les certificats suivants :

« Démence sénile avec turbulence nocturne, cris, réactions agressives contre le personnel de la Maison de Nanterre où elle était hospitalisée depuis plus de deux ans. Parole difficile à déclenchement retardé et explosif, relativement scandée. S'irrite de cette incapacité qu'elle dit remonter à six mois. »

Certificat immédiat (17 nov. 1935) : « Démence sénile. Amnésie, désorientation. Turbulence. Bredouillement de la parole. »

Certificat de quinzaine (3 déc. 1935) : « Affaiblissement psychique; désorientation; dysmnésie. Conscience de ce déficit. Dysarthrie variable. Myosis et rigidité pupillaire. Hypertension artérielle. »

A son entrée, Mme A... est désorientée; gros troubles de la mémoire portant aussi bien sur les faits récents que sur les faits anciens. Délire très pauvre. Fabulation. « Son père et sa mère ne sont pas morts; ils vivent à Angoulême. » « Elle a été soignée en Allemagne des blessés. » Elle fait des gestes voulant dire qu'il s'est passé des événements extraordinaires, mais qu'elle ne veut pas préciser.

Mimique changeante et très variée correspondant à la méditation, à la colère, à la résignation, à la méfiance, à l'agressivité, attitudes prises pour cacher un gros affaiblissement intellectuel.

La parole est bredouillante, difficile à comprendre, le vocabulaire est extrêmement pauvre.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont exagérés. Réflexe cutané plantaire indifférent. Signe d'Argyll-Robertson.

Paralysie faciale droite ne portant que sur le facial inférieur.

On ne note aucun trouble du côté des appareils respiratoire et digestif.

Cœur normal. Tension artérielle, + 27, — 13.

Les urines ne renferment ni albumine, ni acétone; traces de glycose; pH urinaire, 6,4. Urée sanguine : 0,45.

Les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke sont positives dans le sang; la réaction de Kahn est positive : +++.

Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,90; Pandy et Weichbrodt positifs; leucocytes : 17,6; benjoin : 12222.02112.00000; Meinicke et Bordet-Wassermann positifs.

Etat grabataire dans la suite avec gâtisme. La malade meurt le 8 janvier 1936.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — Le cerveau paraît très atrophié. Les sillons sont anfractueux et la pie-mère qui les recouvre est épaissie et de coloration laiteuse. Les artères des circonvolutions sont rigides et portent de nombreuses plaques d'athérome de teinte blanc-jaunâtre opaque.

On note également sur les artères de l'hexagone de Willis des plaques jaunâtres prises à tort, comme le démontrera l'examen histologique, pour des plaques d'athérome.

Granulations sur le plancher du quatrième ventricule.

L'hémisphère droit pèse 520 gr., le gauche, 500 gr., le cervelet et le bulbe, 140 gr.

Sur les coupes vertico-transversales, nombreux foyers de ramollissement :

Hémisphère gauche : 1° Foyer de ramollissement sous le pied de la 3^e frontale et s'étendant jusqu'au corps calleux, sur une profondeur de quatre centimètres. En arrière, il occupe la moitié inférieure de la frontale ascendante et toute la substance blanche jusqu'au corps calleux. Il a une teinte légèrement ocre.

2° A la partie interne du lobe frontal, ramollissement superficiel n'intéressant que le cortex, et formant une dépression en cupule. Il occupe la première frontale sur une longueur de trois centimètres et son extrémité antérieure est située à deux centimètres du pôle frontal. A son niveau, la dure-mère était adhérente à la pie-mère.

3° Foyer de ramollissement de la grosseur d'un gros pois occupant la région sous-épendymaire de la paroi interne de la corne occipitale sous l'extrémité antérieure du lobule lingual.

Hémisphère droit : 1° Foyer de ramollissement superficiel sur une étendue d'une pièce de cinquante centimes occupant la face interne de la première circonvolution frontale, à quelques centimètres du pôle frontal.

2° Foyer de ramollissement superficiel couleur ocre de la dimension d'une pièce de deux francs occupant la partie orbitaire de la deuxième et troisième frontales.

Bulbe : A sa partie supérieure, foyer de ramollissement de la grosseur d'un petit pois, situé sous le plancher du quatrième ventricule du côté gauche, à 5 mm. du raphé.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Cerveau* : Pie-mère infiltrée par des cellules embryonnaires et des cellules plasmiques, surtout au fond des sillons : adhérences méningo-corticales. Dans les parois des artères pie-mériennes, dépôts lipoïdiques avec lamelles de cholestérine situés dans l'intima et prolifération conjonctive de la tunique interne (plaques athéromateuses). Légère infiltration de l'adventice.

L'architecture du cortex est bouleversée. Les cellules pyramidales renferment une zone pigmentée ; granulations chromophiles réduites

en poussière ; noyaux excentriques. Parmi les petites cellules pyramidales, nombreuses sont en voie de dégénérescence granuleuse.

Dégénérescence des fibres tangentielles plus prononcée au niveau des lobes frontaux.

Corpuscules hyaloïdes intracorticaux et intraméningés.

Infiltration de l'adventice des vaisseaux, surtout des veinules de la substance blanche. Raréfaction du tissu parenchymateux autour des vaisseaux.

Par places, petits foyers de ramollissement n'intéressant que la partie la plus superficielle du cortex. Les parois des foyers sont formées d'un tissu névroglique dense renfermant de nombreux petits vaisseaux à parois épaissies et à lumière très réduite (sclérose pseudo-angiomateuse).

Sclérose diffuse corticale. Cellules névrogliques hyperplasiées émettant de nombreux prolongements.

A l'Hortega, cellules microgliales satellites des cellules et des vaisseaux. Rares plaques séniles entourées de cellules microgliales hyperplasiées. Groupes de cellules microgliales disposées en étoile. Dans la substance blanche, petites cellules microgliales périvasculaires.

Cervelet : Pie-mère infiltrée de cellules plasmatiques. Raréfaction des cellules de Purkinje. Les cellules des noyaux dentelés renferment toutes une zone remplie de pigment lipodique.

Bulbe : La pie-mère périlbulbaire est très épaissie et infiltrée de cellules embryonnaires.

Parmi les artères périlbulbaires faisant partie de l'hexagone de Willis, plusieurs présentent une prolifération considérable de l'endartère et une infiltration lympho-plasmocytaire de l'adventice. Plusieurs vaisseaux ont leur lumière complètement oblitérée par l'hyperthrophie de l'endartère (endartérite et périartérite spécifique).

Nombreuses houppes névrogliques sur le plancher du quatrième ventricule. Pas de dégénérescence des pyramides.

Au niveau du ramollissement signalé à l'examen macroscopique, on note la destruction de la partie interne du corps juxtaestiforme, du noyau postérieur du glosso-pharyngien et d'une partie de ses fibres radiculaires.

Il existe un autre foyer de ramollissement microscopique situé à gauche du raphé, à sa partie moyenne.

Chez cette malade, âgée de 80 ans, le diagnostic primitivement porté fut celui de démence sénile. La constatation d'un signe d'Argyll fut le seul symptôme qui orienta le diagnostic vers celui de paralysie générale, confirmé ensuite par les réactions positives du sang et du liquide céphalo-rachidien. Les symptômes de lésions en foyer ne consistaient qu'en une paralysie faciale droite portant sur le facial inférieur et en une dysarthrie rendant la parole

incompréhensible. Outre trois zones de ramollissement situées dans l'hémisphère gauche, il existait un petit foyer à la partie supérieure du bulbe. L'examen histologique montra qu'en plus de ces foyers macroscopiques, il existait dans le cerveau de nombreux petits ramollissements et dans le bulbe un autre foyer microscopique. Signalons également la présence de plaques séniles dans le cortex.

Les ramollissements cérébraux sont secondaires à l'athérome des artères cérébrales allant jusqu'à leur oblitération. Les ramollissements bulbaires sont dus au contraire à l'endartérite oblitérante spécifique des artérioles dépendant de l'hexagone de Willis. L'organisation de foyers cérébraux permet d'établir qu'ils sont déjà de date ancienne tandis que les ramollissements bulbaires sont encore en voie d'organisation et de formation plus récente. Il semble donc que dans ce cas la méningo-encéphalite diffuse et la périendartérite spécifique sont venues se surajouter à la démence organique (ramollissements par athérome).

Relevons encore ce fait rare, déjà signalé par l'un de nous (1) consistant en la présence de lésions d'endartérite oblitérante spécifique au cours de la paralysie générale.

Recherches sur l'angle d'impédance dans les maladies mentales (Présentation d'appareils), par MM. Xavier ABELY, Paul ABELY et Paul GUYOT.

L'intérêt des modifications endocrinologiques au cours des maladies mentales est aujourd'hui indiscutable et ce terrain s'est largement ouvert devant les chercheurs.

Cependant l'exploration des fonctions endocriniennes, toujours délicate, se heurte chez les aliénés à des difficultés toutes particulières, qui la rendent le plus souvent impossible.

C'est ainsi que la mesure du métabolisme basal, test si précieux de la fonction thyroïdienne, rencontre dans l'agitation un insurmontable obstacle. Il est impossible de demander par exemple à

(1) L. MARCHAND et M. OLIVIER. — Paralysie générale conjugale. Endartérite spécifique de l'artère basilaire chez le mari. *Revue de Psychiatrie*, nov. 1904.

G. DOUTREBENTE, L. MARCHAND et M. OLIVIER. — Paralysie générale tardive. Méningite scléro-gommeuse du lobule paracentral droit. *Congr. des Méd. alién. et neur. de Rennes*, 4 août 1905.

L. MARCHAND. — Paralysie générale et ramollissements multiples du cerveau par endartérite spécifique. *Soc. clin. de méd. ment.*, 11 juillet 1927.

un maniaque en pleine excitation motrice, de se soumettre aux conditions nécessaires. Force est de recourir à des méthodes nouvelles, exemptes de ces difficultés, et nous nous sommes arrêtés à la spectrométrie, et à la mesure de l'angle d'impédance.

De la première, la spectrométrie, nous ne parlerons pas aujourd'hui. C'est la seconde, la mesure de l'angle d'impédance qui fera l'objet de cette communication.

Cette méthode consiste en la mesure de la résistance électrique du corps humain dans certaines conditions. Elle ne vous est pas inconnue, car, au moment même où nous commençons à l'appliquer aux maladies mentales, le Docteur Porc'her en faisait devant vous un exposé très explicite. Nous ne la rappellerons donc que très brièvement.

On sait que Vigouroux, le premier, signalait l'augmentation de la résistance électrique des régions anesthésiées chez les hystériques et, un peu plus tard, sa forte diminution chez les individus atteints de Basedow. Plus récemment, Mme Brazier, avec la collaboration de Grant, établissait que ce nouveau test rendait les plus grands services dans le diagnostic des thyrotoxicoses ; et Roger Lamy, du Service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu, utilisant un appareil mis au point par lui-même, réunissait 38 cas de Basedow et de goîtres basedowifiés, tous accompagnés d'une forte diminution de la résistance électrique, autrement dit d'une forte augmentation du « coefficient d'impédance » tel qu'il le définit.

La mesure de la résistance ohmique en courant continu se heurte au phénomène de polarisation, le corps humain se comportant comme électrolyte, c'est-à-dire possédant une résistance ohmique et une capacité. Il devient alors nécessaire, pour éviter les phénomènes de polarisation, d'agir en courant alternatif.

Le corps humain oppose au passage du courant une « impédance » supérieure, à la résistance ohmique, et c'est elle qui fait l'objet des mesures. Nous n'en dirons pas davantage sur le principe de la méthode, le but de cette communication n'étant pas de l'exposer, mais de faire connaître les premiers résultats qu'elle a donnés en psychiatrie.

Pour plus de détails, se reporter à l'article que Lamy publiait en novembre 1935 dans la Revue d'Actinologie et Physiothérapie, sous le titre : Test électrique de l'angle d'impédance.

C'est l'appareil mis au point par Lamy que nous avons utilisé, et c'est lui que vous avez sous les yeux. Il se compose d'un oscillateur à lampe, d'une détectrice à réaction et d'un écouteur.

L'oscillateur fournit un courant alternatif de 14.900 périodes, qui est détecté, puis rendu audible par le téléphone.

Entre l'oscillateur (source de courant) et la détectrice est inter-

calé un pont de Kohlbrausch (Pont de Weaststone modifié) comprenant 3 résistances dont une variable, la résistance électrolytique du sujet, que l'on recherche, et une capacité variable.

Quand ce pont interposé entre l'oscillateur et la détectrice présente une certaine impédance, le son s'éteint au téléphone.

Pour ce faire, il faut l'équilibrer avec la résistance du sujet, et cet équilibre s'obtient en agissant sur la résistance variable et la capacité variable qu'il comporte.

Notons en passant que l'extinction du son est une méthode incomparablement plus sensible que la mesure du courant au galvanomètre.

Pour des facilités de calcul, c'est la capacité que l'on retient, et Lamy a gradué le cadran de façon que l'on y lise directement la valeur du coefficient d'impédance. Pour ces détails purement techniques, nous vous renvoyons une fois de plus à son article précité.

Le sujet s'introduit dans le circuit en plongeant les deux bras dans deux bacs remplis d'un électrolyte (Na Cl à 1 0/0).

La résistance et la capacité se règlent au moyen des boutons visibles sur l'appareil.

Les nombreuses mesures effectuées par Lamy lui ont permis de situer la normale pour les hommes autour de 170 (chiffre du cadran) avec un battement de 14 dans chaque sens ; pour les femmes, la normale tombe à 128, avec battement de 12. Ainsi le chiffre normal peut aller chez l'homme de 156 à 184, chez la femme de 116 à 140.

RECHERCHES

Courbes. — Ce qui précède nous mettait en garde de juger sur quelques chiffres et de conclure sur autre chose qu'un nombre important de mesures. Il ne fallait tenir compte que des écarts importants et il était plus significatif de s'attacher aux variations qu'aux valeurs absolues. Nous avons donc suivi les sujets pendant deux mois, en répétant sur chacun la mesure 3 ou 4 fois chaque semaine. Quelques-uns, particulièrement intéressants, ont été à certains moments examinés tous les jours. Les chiffres nous ont permis d'établir les courbes que nous vous présentons aujourd'hui, et dont l'examen et la comparaison ne nous paraissent pas dénués d'intérêt.

Nous avons noté tout d'abord que la courbe varie suivant les individus, ensuite chez chaque individu quand sa présentation clinique vient elle-même à changer. Un coup d'œil jeté sur les courbes suffit à l'établir, et il est non moins visible que ces variations ne sont pas le fait du hasard, mais semblent obéir à une ou à des lois. Quelles sont-elles ? Il serait bien prématuré pour l'instant de les définir.

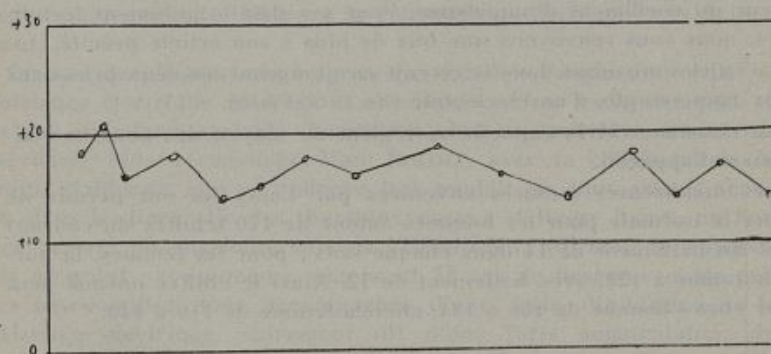
Par contre, de la lecture de ces courbes, se dégage une certaine orientation pour les recherches à venir, et voici dans quel sens :

Nous considérerons d'abord les courbes en elles-mêmes, en négligeant leur situation par rapport à la normale.

1° Les variations sont faibles, la courbe est stable, chez les sujets stabilisés, fixés dans un état (normal ou pathologique) et dont la présentation clinique ne varie pas.

Voici 3 exemples typiques :

— Un mélancolique (A.) fixé dans une stupeur mélancolique depuis 4 ans ne sort pas d'une marge qui va de 140 à 150.



Courbe stable
Malade A. Stupeur mélancolique fixée depuis 4 ans

— Un maniaque (H.) dont la présentation ne change pas, se tient entre 124 et 114.

— Un troisième, longtemps demeuré dans une excitation modérée, a donné les chiffres suivants : + 12, + 12, + 12, + 12, + 14, + 15, + 20, + 11.

Chez ces 3 malades, la courbe ne fait qu'osciller faiblement autour d'un point d'équilibre, d'ailleurs très différent pour chacun d'eux.

2° Au contraire, la courbe devient irrégulière, tourmentée chez les sujets dont l'état se modifie profondément. Il en est ainsi chez ce déprimé, psychasthénique (S.) qui passe par des hauts et des bas.

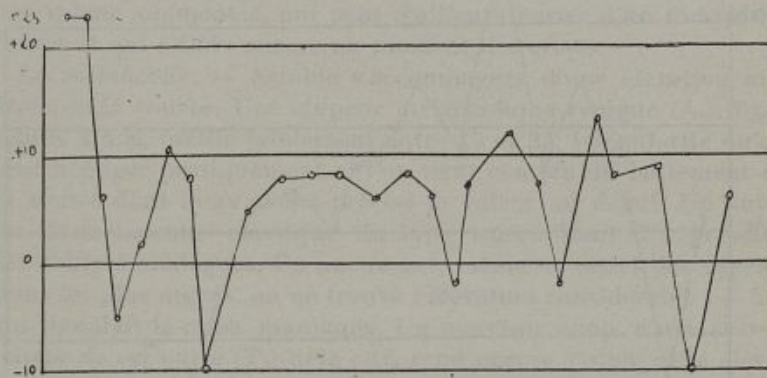
Chez ce maniaque (B.) et cet autre (L.) dont l'agitation s'accompagne de larges oscillations des courbes.

Chez ce mélancolique surtout, type syndrome de Cotard, dont

la présentation varie d'un jour à l'autre, qui passe d'un calme, parfois ironique, au marasme le plus profond, et dont la courbe est un zigzag qui semble défier toute loi.

3° Ce parallélisme entre l'aspect de la courbe et la présentation clinique se retrouve chez chaque sujet lui-même.

Nous donnerons, comme exemple, ce psychasthénique (K.) dont les débuts sont marqués par une dépression avec anxiété, et qui se fixe ensuite dans un calme relatif. Sa courbe, irrégulière d'abord, finit par se stabiliser. Tel est aussi ce maniaque (M.) dont la crise d'agitation imprime à la courbe de grandes irréguli-



Courbe instable
Malade L. Syndrome de Cotard. Variations cliniques journalières

larités qui disparaissent avec le retour au calme ; sa courbe illustre bien son état. Tel est surtout ce mélancolique, dont nous avons déjà parlé, qui présente par courts intervalles des alternatives répétées de calme et de confusion, et dont la courbe tour à tour oscille fortement et tend à devenir linéaire.

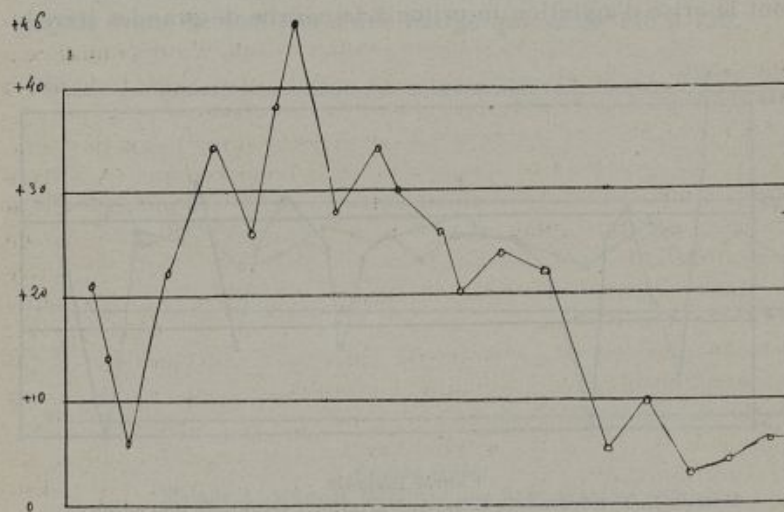
De tout ceci, il semble bien qu'il existe un certain parallélisme entre la présentation clinique du sujet, et la valeur de son angle d'impédance. Chez chaque sujet, des variations répétées de cet angle signalent une modification de son état.

Nous ne dirons pas qu'elles peuvent la faire prévoir, car il semble qu'elles lui soient tout au plus simultanées et même le plus souvent sensiblement postérieures. Il en est autrement d'un sujet à l'autre ; on peut dire qu'une courbe stable signifie fixité, et peut faire envisager une persistance de l'état clinique, et peut-être même sa chronicité.

Peut-être n'est-ce pas préjuger, que de voir alors dans l'aspect de la courbe un élément de pronostic.

*
**

Nous allons considérer maintenant les chiffres en eux-mêmes et rechercher quelle peut être la signification de l'angle d'impédance, envisagée non plus seulement dans ses variations, mais dans sa valeur absolue. Les recherches ont permis de situer la normale,



Manie
Malade M. Crise et rémission

comme nous l'avons vu, autour de 170 chez l'homme, avec un battement de 14 unités dans les 2 sens. Nous avons donc recherché ce que devenait ce chiffre dans certains états mentaux bien connus, tels que la manie, la mélancolie, la psychasthénie.

Dans la manie. — La courbe se situe au-dessus de la normale, et son degré d'élévation paraît en rapport avec l'agitation du malade. Le malade M., déjà cité, nous servira d'exemple.

Dans une première période de calme relatif, imparfait d'ailleurs, les chiffres relevés varient entre : + 14, + 11, + 6.

Survient une crise et la courbe s'élève à : + 22, + 34, + 25, + 37, et jusqu'à + 46. Puis, elle redescend graduellement, tombe jusqu'à + 4. A noter que son ascension ni sa descente ne sont régulières, mais qu'elles sont l'une et l'autre coupées d'oscilla-

tions, ce qui est l'indice, nous l'avons déjà dit de toute modification. Actuellement, le malade a retrouvé son calme : la courbe est basse et stabilisée.

Citons un second malade (L.) dont l'agitation très violente s'est accompagnée d'une élévation de $+ 30$ à $+ 50$, et le calme encore relatif d'une chute à $+ 20$. Et ce troisième (H.), entré en pleine crise, et dont la courbe se situe très haut, entre 44 et 51, avec, comme l'on voit, des oscillations faibles. Malade fixé en agitations : courbe haute et régulière. Citons cet autre encore (Ha.) dont la courbe se trouve entre $+ 15$ et $+ 20$.

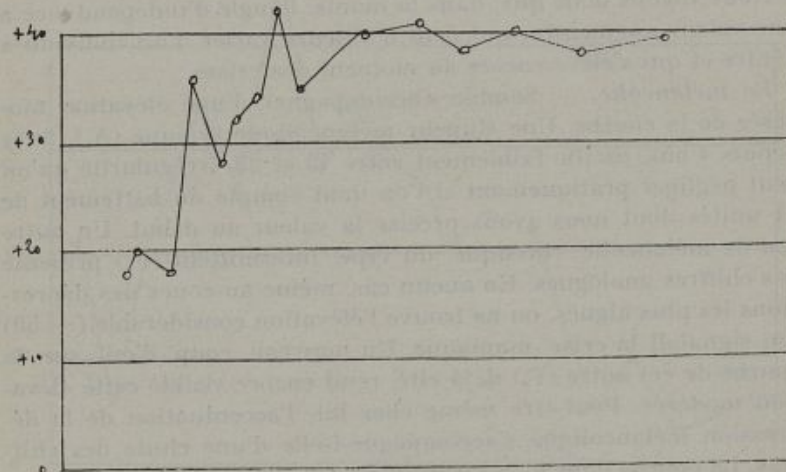
Nous voyons donc que, dans la manie, l'angle d'indépendance a une valeur augmentée, qui peut d'ailleurs varier d'un individu à l'autre et qui s'élève encore au moment des crises.

La mélancolie. — Semble s'accompagner d'une élévation modérée de la courbe. Une stupeur mélancolique typique (A.), fixée depuis 4 ans, oscille faiblement entre 13 et 23, irrégularité qu'on peut négliger pratiquement si l'on tient compte du battement de 14 unités dont nous avons précisé la valeur au début. Un autre cas de mélancolie classique du type intermittent (F.) présente des chiffres analogues. En aucun cas, même au cours des dépressions les plus aiguës, on ne trouve l'élévation considérable ($+ 50$) qui signalait la crise maniaque. Un nouveau coup d'œil sur la courbe de cet autre (T.) déjà cité, rend encore visible cette élévation modérée. Peut-être même chez lui, l'accentuation de la dépression mélancolique s'accompagne-t-elle d'une chute des chiffres. La courbe d'un 4^e (S.) semble parler en faveur de cette hypothèse.

Chez les psychasthéniques, les chiffres prennent une valeur toute particulière, et la courbe un aspect presque caractéristique. Notons en premier lieu que c'est chez un psychasthénique que nous avons relevé la plus haute augmentation de l'angle d'impédance, à savoir : $+ 57$. Chez eux, les chiffres sont hauts, la courbe se situe notablement au-dessus de la normale. Second fait : la crise d'anxiété s'accompagne d'une chute de la courbe. Prenons indifféremment l'une des 3 courbes que nous vous présentons (K.S.L.). Le malade entré en pleine anxiété donne à la mesure des chiffres modérément élevés, et variables d'un jour à l'autre ($+ 22$, $+ 24$, $+ 18$, $+ 15$, $+ 22$, $+ 12$). La courbe est irrégulière et relativement basse. Au bout d'une dizaine de jours, malade calmé, la courbe s'élève franchement et se stabilise : 33, 29, 34, 31, 28, tels sont les chiffres relevés. Un autre exemple nous donne en même temps que le passage de l'anxiété au calme, l'élévation des chiffres de $+ 15$ environ à $+ 40$ (K.).

Il nous a paru intéressant d'étendre ces recherches aux déséquilibres, chez qui les troubles glandulaires peuvent être à bon droit suspectés, et nous avons relevé effectivement une importante modification de leur résistance et capacité électriques, se traduisant par une ouverture large de l'angle d'impédance qui dépasse la normale de 15 unités chez l'un, de 27, 28, 30, 33 unités chez d'autres. Bref, une élévation franche de la courbe paraît appartenir au déséquilibre mental.

Par contre, l'épilepsie et la démence précoce, dont nous avons



Psychasthénie
Malade K. Crise d'anxiété, suivie de calme

examiné respectivement 20 et 27 cas, ne fournissent aucun chiffre caractéristique. La plupart des chiffres sont supérieurs à la normale, mais 1/5 environ lui sont nettement inférieurs, et l'on trouve toutes les valeurs entre + 40 et — 20.

Il est difficile dans ces conditions de tirer une conclusion quelconque. Du reste nos recherches pour ces derniers sujets sont encore rudimentaires. Nous avons simplement passé en revue un grand nombre de cas, une seule fois pour chacun d'eux.

Ceci ne nous paraît pas d'une bonne méthode, et nous nous réservons de procéder d'une autre manière avant de vouloir trouver dans les chiffres un enseignement quelconque.

*
**

En résumé, de l'examen de ces premiers faits, nous pouvons conclure :

- 1° Que l'état de la courbe dépend de l'état clinique du sujet.
- 2° Que la courbe est stable, quand le malade est fixé dans son état. Quelle devient irrégulière si la présentation clinique varie fréquemment de son côté.
- 3° Que chez les maniaques, la courbe est haute, avec élévation brusque et considérable au moment des crises, et chute au moment de la guérison.
- 4° Chez les mélancoliques, l'élévation est modérée, et la courbe s'abaisse peut-être quand la dépression s'accroît.
- 5° Chez les déséquilibrés, l'angle d'impédance prend une valeur forte.
- 6° Ce sont les psychasthéniques qui paraissent réaliser les plus fortes élévations de l'angle d'impédance. Leur point d'équilibre se trouve haut fixé. Les dépressions, l'anxiété l'abaissent.

*
**

L'intérêt de ces courbes relève évidemment de leur signification endocrinologique. Nous ne reviendrons pas sur la valeur de l'angle d'impédance comme test thyroïdien. Nous avons eu d'ailleurs, l'occasion de la vérifier sur un cas de Basedow indiscutable, où l'angle s'élève de 50 unités. Par ailleurs, la diathermie thyroïdienne à dose faible a provoqué chez un de nos malades d'une stabilité remarquable, une élévation nette de 10 unités.

Cependant, nous ne croyons pas que la thyroïde intervienne seule, et nous pensons que l'hypophyse participe également à la valeur de l'angle d'impédance dans une proportion que nous tentons actuellement de définir. Cette publication n'est que l'exposé encore incomplet de recherches commencées depuis deux mois seulement, lesquelles exigent un temps beaucoup plus long d'étude.

Nous aurons l'occasion de revenir plus tard sur nos résultats.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire des séances,
Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 22 Juin 1936

Présidence : M. VURPAS, président

Le président ouvre la séance en souhaitant la bienvenue au docteur BERSOT, de Neuchâtel, *membre associé étranger*, qui assiste à la séance.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 14 mai 1936 et celui de la séance du 25 mai 1936 sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre du docteur JAMES FERRAZ ALVIM de San Paolo qui rentrant au Brésil après un long voyage à travers l'Europe, et y trouvant la nouvelle de son élection en octobre dernier, remercie la Société Médico-psychologique de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre du docteur HENRI AUBIN, médecin des asiles et médecin-capitaine, du docteur ALBERT CRÉMIEUX, chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Marseille, et du docteur ROBERT VULLIEN, médecin chef de service à la clinique d'Esquermes, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une commission composée de MM. RENÉ CHARPENTIER, HENRI ROGER et ROGER ANGLADE, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du lundi 26 octobre 1936 ;

une lettre du docteur JEAN CANTACUZÈNE, médecin du Service de Psychiatrie des Assurances sociales à Bucarest, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* ; la Société désigne une commission composée de MM. H. CLAUDE, J. VIGNAUD et G. COLLET, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 26 octobre 1936 ;

une lettre du docteur A. LEROY, *secrétaire général* de la *Société de médecine mentale de Belgique*, qui invite la Société Médico-psychologique à se faire représenter au *XII^e Congrès belge de neurologie et de psychiatrie* qui se tiendra à l'asile de Corbeek-Loo près de Louvain et à Bruxelles les 26 et 27 septembre 1936 : la Société décide de remercier le Congrès belge de cette aimable invitation et de se faire représenter par MM. René CHARPENTIER, *vice-président*, et Paul ABÉLY, *secrétaire* ;

une lettre du docteur Reginald WORTH, *secrétaire général* de *The Royal Medico-Psychological Association*, qui invite la Société Médico-psychologique à se faire représenter à sa réunion annuelle du 1^{er} au 4 juillet 1936 à Folkestone, Kent ; la Société décide de remercier The Royal Medico-Psychological Association de son aimable invitation et regrette qu'aucun des membres actuellement en séance ne puisse accepter cette agréable mission.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. P. COURBON au nom d'une commission composée de MM. H. CLAUDE, L. MARCHAND et P. COURBON, il est procédé au vote sur la candidature de M. le D^r J. TUSQUES au titre de *membre correspondant national*.

Nombre de votants	21
Majorité absolue	11

A obtenu :

M. le D^r TUSQUES 21 voix.

M. le D^r Jean TUSQUES est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. Paul ABÉLY au nom d'une commission composée de MM. Georges DUMAS, LÉVY-VALENSI et Paul ABÉLY, il est procédé au vote sur la candidature de M. le docteur LOUDET, de Buenos-Aires, au titre de *membre associé étranger*.

Nombre de votants	18
Majorité absolue	10

A obtenu :

M. le D^r LOUDET 18 voix.

M. le D^r LOUDET, professeur adjoint de Clinique Psychiatrique et professeur extraordinaire de Psychologie à l'Université de Buenos-Ayres, est élu *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Les aliénés en Europe, par M. H. BERSOT,
du Landeron (Neuchâtel).

La statistique des aliénés est organisée très différemment d'un pays à l'autre, aussi ses résultats sont-ils difficilement comparables. On comprend que, jusqu'à présent, presque aucune tentative n'ait été faite d'établir de telles comparaisons et que ces comparaisons soient toujours restées extrêmement fragmentaires. Nous ne pouvons citer, en ce qui concerne les statistiques européennes, que le travail de Toomigas en Lithuanie, qui a comparé certaines données statistiques de son pays avec quelques données fragmentaires d'autres pays. Par contre, dans certains pays, des travaux importants ont été publiés concernant les statistiques nationales. Nous n'en voulons citer pour preuve que les travaux remarquables de Modena en Italie.

Il nous plaît de reconnaître que presque tous les pays d'Europe dressent la statistique de leurs malades mentaux hospitalisés. Dans la plupart des pays, cette statistique est régulièrement publiée, dans d'autres, elle ne l'est pas chaque année. La carte d'Europe, où sont indiqués les pays ayant une statistique des malades mentaux bien organisée, publiée ou non publiée régulièrement, permet de voir qu'à part les pays balkaniques et l'U.R.S.S., partout existe une statistique nationale organisée.

Les données de ces statistiques sont difficilement comparables par le fait qu'elles ne sont pas établies toutes sur les mêmes bases et ne fournissent pas toutes exactement les mêmes renseignements. Certaines statistiques se contentent de dénombrer les malades entrés et sortis des établissements d'un pays sans donner le diagnostic des maladies dont ils étaient atteints. Telle statistique fournit des données comprenant tous les malades soignés en une année, telle autre uniquement les admissions et les sorties, etc. Pour rendre ces données comparables, il nous a fallu d'abord les collationner soigneusement, puis entretenir une active correspondance avec les autorités qui les ont établies, afin d'avoir des renseignements complémentaires permettant de rendre ces données comparables d'un pays à l'autre (1).

(1) Dans cette recherche et ce collationnement de documents, nous avons le plaisir de collaborer avec le *D^r Desruelles*, de Saint-Ylie, collaboration aussi aimable que féconde, dont nous lui sommes très reconnaissants.

Effectif des malades. — Les statistiques nationales sur lesquelles nous nous sommes basé concernent les années de 1928 à 1935. Nous avons d'abord cherché à établir l'effectif des malades mentaux soumis à la statistique dans chaque pays.

On nous dira d'emblée que cette recherche présente certaines possibilités d'erreurs. Les malades mentaux sont-ils dénombrés exactement de la même manière dans tous les pays ? Tels pays, par exemple l'Angleterre, ne dénombrent-ils pas non seulement les malades des maisons d'état et privées, mais aussi ceux des prisons, des hôpitaux civils ou militaires, etc., tandis qu'ailleurs on ne dénombre que les malades placés dans les établissements d'état ?

Cette possibilité d'erreur n'est pas bien importante, d'abord parce que presque partout il nous a été possible de tenir compte aussi bien des malades soignés dans les établissements d'état que de ceux des établissements privés ; en outre, parce que les malades non soignés dans les établissements d'état sont en nombre très minime et représentent à peine du 6 au 10 0/0 du total général.

Le dénombrement des malades mentaux ne diffère que peu d'un pays à l'autre, les chiffres qu'il fournit sont aisément comparables. De toutes les maladies, les troubles mentaux sont ceux probablement qu'il est le plus facile de repérer, puisque presque partout les asiles d'aliénés sont soumis à une législation et à une surveillance spéciales.

Au total, nous avons dénombré, dans les pays où la statistique des aliénés est publiée, 553.622 malades soignés en un an, dont 269.833 hommes et 283.782 femmes. Il y a donc en moyenne une légère prédominance du sexe féminin chez les pensionnaires des asiles européens (48,7 0/0 d'hommes et 51,3 0/0 de femmes). Cependant les pays sont nombreux où les hommes prédominent dans les asiles d'aliénés (Lithuanie, Portugal, Pologne, Islande, Finlande, Italie, Norvège, Autriche, Belgique, Suède).

En calculant la proportion pour 10.000 habitants des malades mentaux soignés dans les divers pays d'Europe, nous avons pu dresser la carte ci-contre (fig. 1). *Les pays anglo-saxons, l'Allemagne et la Suisse ont la plus forte proportion d'aliénés, plus de 40 pour 10.000, puis viennent la Belgique, la Hollande et les pays scandinaves, qui ont tous de 25 à 40 aliénés pour 10.000 habitants. Les pays de l'Europe latine, ainsi que l'Autriche et la Tchécoslovaquie, viennent ensuite, puis le Portugal et les pays de l'Europe orientale.*

Il serait certes erroné de conclure que c'est en Suisse, en Allemagne et dans les pays anglo-saxons qu'il y a le plus d'aliénés. Si dans ces pays là, comme dans les pays nordiques, la proportion des aliénés est la plus forte, d'après les rapports statistiques, c'est probablement parce que l'assistance aux aliénés y est le mieux organisée. Les malades sont moins facilement gardés dans les familles, plus vite repérés et placés dans les asiles. C'est seulement dans de nombreuses années et une fois que cette assistance aux malades mentaux sera à peu près organisée de même manière partout, que l'on pourra vraiment compa-

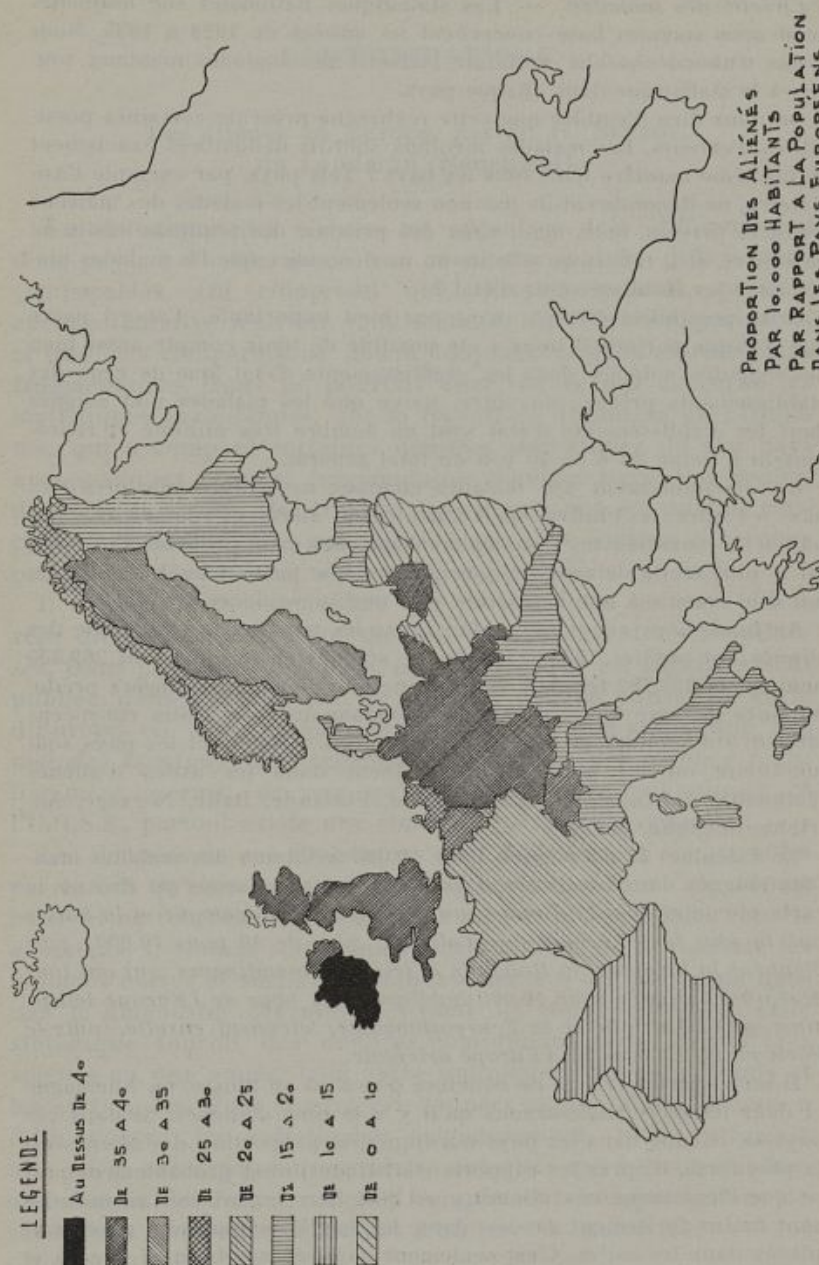


FIG. 1

rer les pays entre eux quant à la proportion des aliénés dans l'ensemble de la population.

Mouvement des malades. — Sur le total des malades que nous avons dénombrés, il y a eu 133.606 *admissions* en un an, soit 69.232 admissions d'hommes et 64.274 admissions de femmes. Le mouvement des malades chez les hommes est plus prononcé que chez les femmes. Ces dernières ont tendance à rester plus longtemps à l'asile.

Parmi les hommes traités en un an, plus du quart (le 25,5 0/0) étaient des admissions qui ont eu lieu pendant l'année. Chez les femmes, cette proportion n'était que de 21,9 0/0.

Le mouvement des malades varie énormément d'un pays à l'autre, ainsi qu'on peut le voir par la carte ci-contre (fig. 2). En Lithuanie, les admissions représentent plus du 50 0/0 des malades soignés pendant l'année. En Pologne, Autriche, Suisse, Tchécoslovaquie, Finlande, Allemagne, plus du 40 0/0. En Lettonie 31 0/0. Elle est inférieure à 20 0/0 en Hollande, Angleterre, Irlande. *Ce sont les pays de l'Est européen qui ont la plus forte proportion d'admissions, ceux de l'Europe centrale en ont une proportion moyenne, ceux de l'Europe septentrionale ont la proportion la plus faible.*

Quant aux *sorties*, nous constatons que presque dans tous les pays, leur nombre est légèrement inférieur à celui des admissions. Cela entraîne donc un encombrement progressif des asiles d'aliénés. Cet encombrement est démontré très nettement par bon nombre de statistiques nationales. D'année en année, le nombre des admissions augmente et le nombre des sorties également, sans cependant égaler celui des admissions. Cette augmentation si générale du mouvement des malades d'année en année est réjouissante. Elle permet de constater que l'on se fait soigner plus fréquemment qu'autrefois et que les malades ont moins tendance à rester d'une manière durable à l'asile.

Presque partout, le nombre des sorties d'hommes est plus grand que celui des sorties femmes. Seule, la Norvège fait exception avec une nette prédominance des sorties femmes, tandis qu'en Suède, Angleterre et Irlande, il sort à peu près annuellement autant d'hommes que de femmes.

Formes de maladies. — C'est dans ce domaine que l'on a cru jusqu'à présent le plus à l'impossibilité d'établir des comparaisons. Chaque pays n'a-t-il pas sa propre nomenclature et sa propre classification qui diffèrent de celles des autres ? Comment dès lors songer à en comparer les données ? Certes, il y a de grandes différences d'un pays à l'autre dans la classification des maladies mentales. Ici on ne considère que 4 ou 5 catégories, ailleurs 10, 15 ou 20, voire même davantage. Les uns ont une terminologie vieille de plus de 50 ans, d'autres ont une terminologie tout à fait moderne.

Cependant, à y regarder de près, on se rend compte qu'il n'est pas difficile de grouper plusieurs catégories en quelques grandes classes faciles à admettre.

Ce sont d'abord les arrêts de développement qu'il est facile de grou-

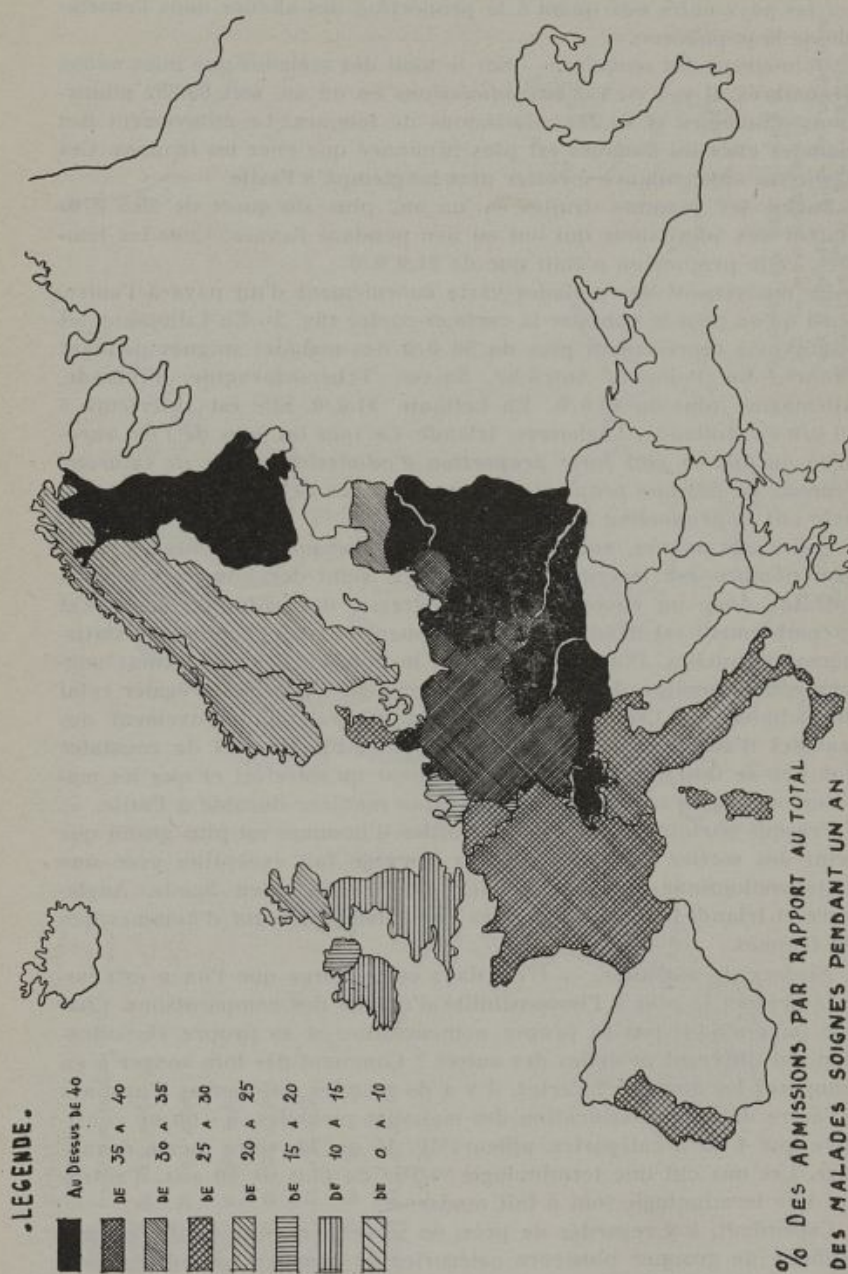


FIG. 2

per sous le titre « *oligophrénies* », puis les troubles du caractère, les névropathies, les psychopathies constitutionnelles, etc., qui forment la seconde grande classe : les *psychopathies*. Dans un troisième groupe : les *cyclothymies*, on range les psychoses maniaques-dépressives qu'il est facile de dénombrer dans les divers pays. Dans un quatrième groupe, nous avons mis ce que l'on appelle communément *les folies* : schizophrénies, démences précoces, délires plus ou moins dissociés ou plus ou moins systématisés, etc., bref tous les cas de psychoses ne présentant pas de causes organiques connues actuellement et qui ne peuvent être rangés dans les autres catégories. Notre catégorie 5 comprend les *épilepsies*, catégorie également facile à établir, la catégorie 6, les *psychoses syphilitiques*, catégorie également bien définie. La catégorie 7 groupe les *psychoses organiques* dues à des lésions cérébrales bien déterminées, comme aussi des cas de sénilité, d'artériosclérose, etc. Tous ces cas sont faciles à grouper dans chaque statistique nationale où ils sont épars sous diverses rubriques. La catégorie 8 comprend les *intoxications alcooliques*, la catégorie 9 les *autres intoxications* (morphine, cocaïne, etc.).

Cet essai de groupements s'est révélé partout possible sans insurmontables difficultés, mais il est évidemment regrettable que tous les pays ne fournissent pas des renseignements qui nous eussent permis d'établir des comparaisons encore plus précises et plus complètes.

A titre d'exemple et pour montrer ce que peuvent donner ces comparaisons, nous citerons seulement les deux groupes des cyclothymiques et des luétiques.

Les cyclothymies. — Les treize pays qui ont une statistique suffisamment complète en mentionnent au total 18.382 cas, sur un total de 105.077 premières admissions, soit une proportion de 17,5 0/0. Pour cette forme de maladie, il y a une prédominance énorme des femmes qui sont au nombre de 11.361, tandis qu'il y a 7.021 hommes (62 0/0 de femmes et 38 0/0 d'hommes), soit plus des 3/5 de femmes et 2/5 d'hommes. On peut donc affirmer très nettement que la cyclothymie en Europe est bien davantage l'apanage du sexe faible que du sexe fort. Cette prédominance des femmes se retrouve dans tous les pays, à peu près dans la même proportion, sauf en Lithuanie où la proportion est renversée (fig. 3).

La France vient en tête, avec près de 27 0/0 des admissions (21 0/0 d'hommes et 32 0/0 de femmes), puis la Suède et l'Italie. Ce dernier pays présente la plus forte différence entre hommes et femmes (7 0/0 d'hommes et 30 0/0 de femmes). La Suisse, la Hongrie et la Lithuanie ont à peine 4 0/0 de cyclothymiques parmi leurs admissions.

D'où proviennent ces si fortes différences ? Est-ce la situation géographique ? Cependant la Suisse et la France ont à peu près la même situation et présentent une très grande différence dans leur proportion de cyclothymiques. Faut-il incriminer la race ? Les Latins et les Scandinaves seraient-ils bien plus prédisposés à la cyclothymie que les Germains et les Slaves ? On serait tenté de l'affirmer car nous voyons

que les pays où les cyclothymiques sont les plus nombreux sont la France, l'Italie, la Suède et la Norvège.

Il se peut que d'autres facteurs entrent encore en ligne de compte, peut-être par exemple est-on dans certains pays plus enclin à baptiser

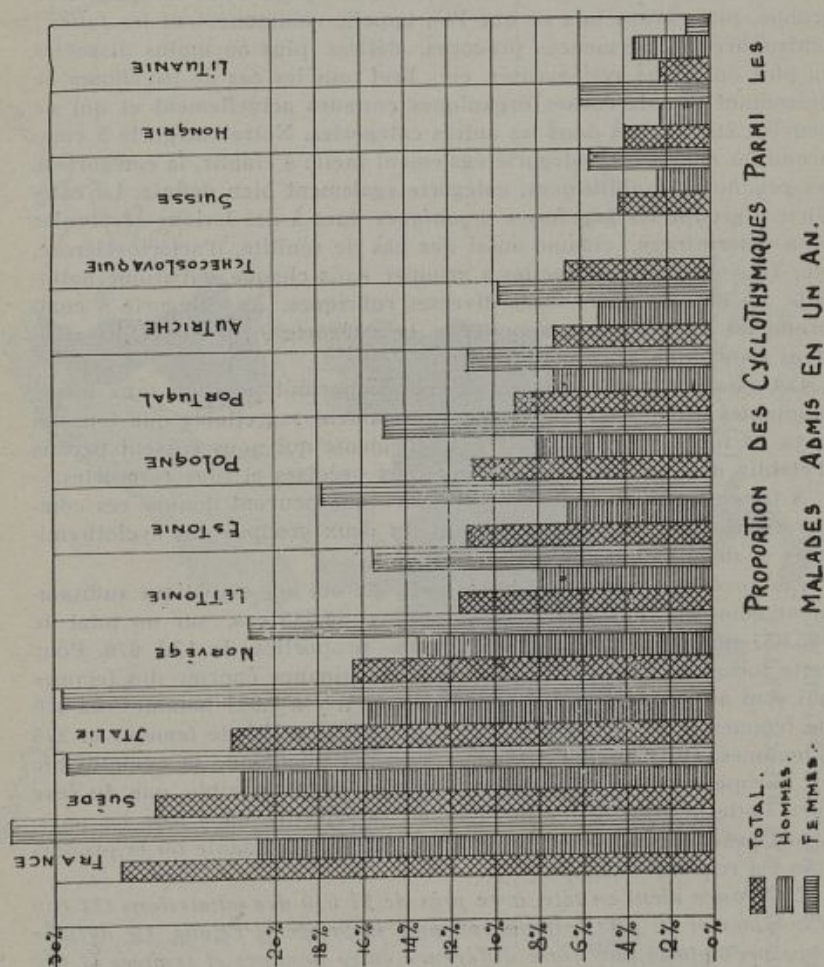


FIG. 3

cyclothymies toutes sortes de troubles à allure maniaque ou mélancolique, tandis que dans d'autres pays, on ne pose ce diagnostic qu'avec plus de circonspection, etc. Là encore, la statistique pose des problèmes plus qu'elle ne les résout. Elle montre quelles sont les investigations à poursuivre. N'aurait-elle que cette utilité que certainement déjà elle aurait bien droit à retenir notre attention et à prendre place parmi nos moyens de recherches.

Psychoses luétiques. — Ce groupe est aussi bien défini et plus facile à constituer, car il en est tenu compte dans chaque statistique nationale. La proportion des malades atteints de ce groupe d'affections est

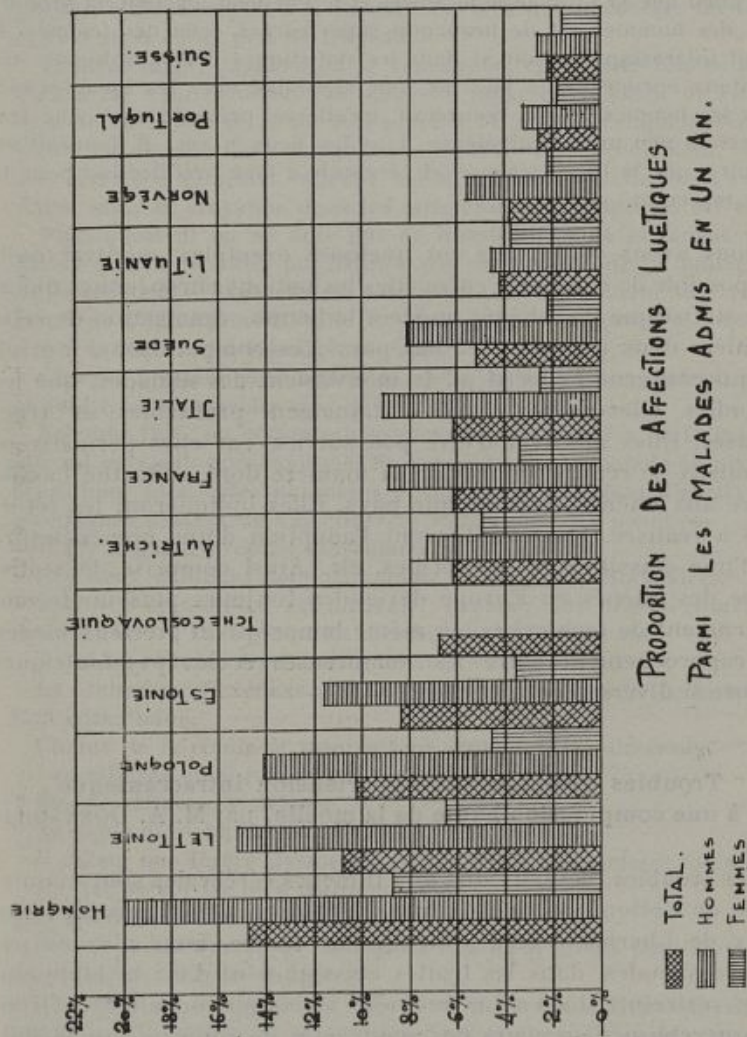


FIG. 4

aussi en général minime. Nous en avons trouvé 7.458 cas, pour un total de 105.077 premières admissions (soit le 7,1 0/0 des admissions), 5.527 hommes et 1.931 femmes (soit environ le 74 0/0 d'hommes et le 26 0/0 de femmes).

C'est la Hongrie (fig. 4) qui vient en tête avec plus de 14 0/0 de ses

admissions pour affections luetiques, puis viennent la Lettonie, la Pologne, avec environ 10 0/0, l'Esthonie, la Tchécoslovaquie, avec 7 à 8 0/0, l'Autriche, la France, l'Italie ont toutes environ 6 0/0.

Les pays les plus pauvres dans ce domaine sont les pays scandinaves, ainsi que la Lithuanie, la Suisse et le Portugal. Partout, la proportion des hommes est de beaucoup supérieure à celle des femmes. Il serait intéressant de voir si dans les statistiques démographiques des hôpitaux européens, la lues est plus répandue chez les hommes que chez les femmes. Si on constatait qu'elle se présente avec une fréquence à peu près équivalente dans les deux sexes, il faudrait en déduire que la lues nerveuse et cérébrale a une prédilection pour le sexe masculin.

Nous avons voulu, par ces quelques exemples, montrer qu'il est possible de comparer entre elles les nations européennes quant à la statistique des aliénés, grâce à la bonne organisation de cette dernière dans plus des 2/3 des pays. Ces comparaisons, tant en ce qui concerne l'effectif ou le mouvement des malades, que les maladies elles-mêmes, sont certainement profitables et fructueuses. Elles méritent d'être poursuivies, car elles permettront de mieux se rendre compte de la manière dont s'effectue l'assistance aux aliénés dans chaque pays. Elles indiqueront les réformes à réaliser. Elles faciliteront l'adoption d'une nomenclature et d'une classification uniformes, etc. Ainsi comprise, la statistique des aliénés en Europe deviendra toujours plus un fécond instrument de recherches, en même temps qu'un précieux moyen de rapprochement entre les nombreuses écoles psychiatriques encore si diversement orientées.

Troubles mentaux par hypertension intracrânienne due à une compression haute de la moelle, par M. A. DONNADIEU.

Les troubles mentaux dus aux tumeurs cérébrales sont maintenant de notion courante, surtout depuis les remarquables travaux de Lhermitte et de Baruk. Par contre, nous n'avons pas trouvé signalés, dans les traités classiques ni dans la bibliographie, restreinte il est vrai, que nous avons pu consulter, de troubles psychiques au cours des syndromes de compression médullaire. C'est un cas de cette sorte que nous rapportons aujourd'hui.

L'indigène Abdallah ben Ch'toui, engagé aux tirailleurs marocains depuis huit ans, est adressé le 28 février 1935 à l'Hôpital Neuro-Psychiatrique de Berréhid avec le diagnostic de psychose hallucinatoire.

A son entrée, c'est un sujet déprimé, ralenti physiquement et mentalement, apathique, parlant lentement, presque à voix basse, répondant avec effort, par de courtes phrases, aux questions posées. Il raconte qu'un soir, étant seul, il a vu un sergent qui lui a fait des propositions homosexuelles. Il l'a entendu bien que la fenêtre fût fermée. Il s'est alors enfui, pris de frayeur.

Le lendemain, l'apparition se renouvelle, mais cette fois le sergent était armé d'un revolver. Une nouvelle fugue est la cause de l'arrestation de ce tirailleur et de son envoi à l'Hôpital. L'enquête démontre l'inexactitude des faits auxquels le malade croit fermement. Depuis son arrivée à l'Hôpital, aucune hallucination nouvelle ne s'est produite, mais la croyance dans les faits ci-dessus rapportés est entière.

Physiquement on ne note pas de tremblement de la langue ni des mains, pas de troubles pupillaires, pas de troubles de la motricité, ni de la sensibilité. On constate seulement de la vivacité des réflexes rotuliens bilatéralement, sans attacher grande importance à ce signe très fréquent chez les indigènes marocains.

Observé pendant plusieurs mois, ce militaire reste un ralenti mental obnubilé, sans nouvelle idée délirante.

En août 1935, on constate brusquement des troubles de la marche : elle est cérébello-spasmodique. En même temps le malade se plaint de sensations bilatérales de mains et de jambes mortes, d'élancements électriques partant de l'épaule vers l'extrémité des membres.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire.

Les deux deltoïdes sont parcourus de secousses fibrillaires.

La force musculaire est normale. Il existe une légère contracture des membres à l'exception du membre supérieur gauche.

Tous les réflexes tendineux sont très vifs.

La recherche du réflexe achilléen déclanche à gauche de la trépidation épileptoïde.

Clonus de la rotule et trépidations épileptoïdes bilatéraux.

Les réflexes cutanés existent.

Pas de réflexes de défense.

Le signe de Babinski est négatif.

Il existe une légère dysmétrie ainsi qu'un peu d'adiadococinésie.

La station sur un pied est impossible.

Léger tremblement des mains.

Pas de tremblement de la langue. Pas de troubles pupillaires. Pas de nystagmus. Céphalée légère.

L'examen de la sensibilité objective montre une hypoesthésie très marquée à la piqure au niveau des deux jambes et des deux bras, de l'abdomen, des lombes.

En arrière, anesthésie partant de la première dorsale jusqu'à l'apophyse occipitale.

Hypersensibilité de la même zone en avant.

Les sensibilités profonde et thermique sont normales.

Pas de troubles sphinctériens.

Pas de température.

Pour des raisons indépendantes de notre volonté, un examen du fond d'œil n'a pu être pratiqué.

Le 23 août 1935 une ponction lombaire donne :

Pression en position assise : 36 au manomètre de Claude, montant à 53 par compression des jugulaires.

Liquide clair.

Lymphocytes : 2,4 par mm³.

Albumine : 0,51 0/00.

Globuline : très faibles traces.

Glucose : 0,33 0/00.

Bordet-Wassermann : négatif.

Benjoin colloïdal : 00000,02220.00000.0.

Bordet-Wassermann dans le sang : négatif.

Bien que soupçonnant une compression médullaire, on tente un traitement d'épreuve qui ne produit aucune amélioration.

Le 25 août 1935. On note une atrophie brusque du deltoïde gauche dans lequel les contractions fibrillaires ont disparu.

Dans les jours suivants, on constate quelques variations dans la localisation des troubles sensitifs qui sont d'ailleurs dans l'ensemble moins accusés, sans changement des autres signes.

L'obnubilation mentale est toujours aussi marquée.

En présence de cette quadriplégie spasmodique avec troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité, atrophie deltoïdienne gauche, troubles cérébelleux, dissociation albumino-cytologique, on porte le diagnostic de compression de la moelle cervicale, vraisemblablement à hauteur de la cinquième racine cervicale.

Une radiographie ne montre aucune lésion osseuse.

En septembre 1935, nous injectons par voie sous-occipitale 1 cm³ 1/2 de lipiodol lourd. Les clichés indiquent un arrêt presque complet au niveau de C4.

Le malade est alors transféré dans un service de chirurgie.

Une laminectomie est pratiquée. Les méninges ne présentent rien d'anormal. L'opérateur ne trouve pas de tumeur et le malade étant fatigué, referme la plaie.

Il nous est donc impossible d'affirmer que ce malade présente une tumeur médullaire. Peut-être est-elle localisée à la face antérieure de la moelle, mais on ne peut nier qu'il s'agit d'une compression.

La plaie opératoire guérit normalement.

Quelques jours après l'opération, on constate la disparition absolue des troubles mentaux (le malade est éveillé, répond avec facilité à toutes les questions), des troubles sensitifs et des troubles cérébelleux.

En revanche, les signes de spasmodicité persistent.

Cette observation nous a semblé mériter d'être rapportée. Nous tenons à souligner à son sujet :

1° L'existence possible de troubles mentaux au cours des syndromes de compression médullaire haute.

2° La priorité d'apparition des troubles mentaux sur les troubles neurologiques nets, dans le cas présent.

3° La possibilité d'attribuer ces troubles mentaux à l'hypertension intra-cranienne, leur disparition, ainsi que celle des signes cérébelleux après laminectomie, apportant à l'action de l'hypertension une démonstration quasi-expérimentale.

4° Cette observation vient s'ajouter à celle rapportée par Riser et Ducoudray au Congrès de Bruxelles (1935), montrant le rôle de l'hypertension intra-cranienne sans tumeur encéphalique dans l'apparition de certains troubles mentaux.

Le traitement par l'acétylcholine de certains troubles du caractère de l'enfance à type d'impulsivité, par MM. J. DUBLINEAU et DORÉMIEUX.

Divers auteurs ont noté l'effet favorable, dans certaines épilepsies, de l'adjonction au traitement classique d'injections d'acétylcholine. La réduction du nombre des accès, soit pendant, soit après la série d'injections, s'accompagne, *dans quelques cas*, d'une modification des troubles du caractère. De l'amélioration observée dans ces cas, nous rapportons des exemples dans la thèse de Meynadier (1), qui s'ajoutent à d'autres, mentionnés par les auteurs.

Le traitement peut-il agir en dehors de l'épilepsie vraie ? Nous nous le sommes demandé à propos de certains troubles du comportement chez les enfants difficiles, en particulier ceux confiés par les tribunaux. Ces troubles sont surtout à type d'impulsivité, indiscipline, brutalité agressive, colères, violences : manifestations qui évoquent l'épileptoïdie, mais qui ne sont plutôt que des tendances dans la mosaïque caractérielle du sujet. On les rencontre d'ailleurs également chez nombre de paranoïaques ou déprimés hypochondriaques. A ces faits et terrains, s'ajoutent naturellement l'instabilité ainsi, dans quelques cas, que la notion de convulsions dans l'enfance ou d'une énurésie tardive, voire d'épilepsie ou de paranoïa plus ou moins morbide dans les antécédents collatéraux ou héréditaires.

OBSERVATION I. — G., 17 ans. *Antécédents héréditaires* : père forain, paranoïaque pléthorique, vaniteux et maniéré. Mère débile.

(1) MEYNADIER. — Le traitement des épilepsies par l'acétylcholine. *Thèse Lille*, 1936.

Antécédents collatéraux : un frère aîné mort à 8 mois, ayant pesé 11 livres à sa naissance.

Antécédents personnels : poids à la naissance : 9 livres. Retard du premier développement, en particulier propreté tardive. Pas de convulsions. Ictère à 8 mois.

Aurait fait dans l'enfance une chute grave sur la tête.

Troubles du caractère de date ancienne, ayant motivé à 13 ans un premier placement à l'Institut médico-pédagogique (insociabilité, tendances perverses, brutalité : poursuivait ses camarades avec un couteau, avait failli étrangler un autre enfant, etc.). A ce moment, se présentait comme un arriéré, bradypsychique, avec colères, trépignements, sournoiserie.

Rendu à sa famille à 16 ans, resta chez lui, probablement sans surveillance. Deux affaires de vol successives le ramènent à l'Institut au titre de mineur délinquant (décembre 1935).

A l'entrée : débilité (niveau mental : 9,2). Niveau scolaire de 8 ans. Questionnaire de Woodworth modifié : tendances peu accusées, schizoïdes, hypocondriaques et épileptoïdes à peu près également réparties, avec un certain degré d'émotivité. Paresse pupillaire. Formule sanguine et liquidienne négative (sauf benjoin à 2 dans le 4^e tube).

Durant le séjour, impulsivité, colères, résistance brutale imprévisible, sournoiserie. Gros éréthisme vaso-moteur : pendant ses accès, le sujet est congestionné, paraît devoir suffoquer, la voix devient rauque. Le gardénal est sans effet. Les notes quotidiennes restent mauvaises.

L'indiscipline persistant, on essaie le 26 mars l'acétylcholine à la dose quotidienne de 10 centigrammes jusqu'au 17 avril. Dans les 8 premiers jours du traitement, le calme est presque entièrement revenu. Le garçon a une très mauvaise journée le 1^{er} avril ; le 10, le 13, le 15, il est noté comme turbulent. Les autres journées sont bonnes.

Après le traitement, retour des manifestations impulsives, encore que jusqu'ici il n'y ait pas eu de faits très graves. Le sujet est dans l'ensemble plus calme et plus soumis qu'avant le traitement.

OBSERVATION II. — D., 14 ans. *Antécédents héréditaires* : enfant naturel. Père hépatique. Mère : métrorragies.

Antécédents collatéraux : quatre frères et sœurs morts en bas âge.

Antécédents personnels : né à 7 mois. Premiers pas : 18 mois. Propreté : 28 mois. Premiers mots : 15 mois.

Coxalgie à 6 ans, actuellement guérie.

Arrêté pour mendicité. Confié au Patronage des E.M.A., puis à Frasnelle-le-Château (fugues), puis à l'Institut.

A l'entrée : débilité mentale marquée ; niveau mental : 7,5. Pratiquement illettré. Taciturnité. Méfiance. Questionnaire de Woodworth modifié : tendances dépressives et hypocondriaques. Émotivité. (Réserve en raison de l'extrême débilité du sujet).

Dans les mois qui suivent, développement de tendances impulsives, colères avec bris de carreaux, réactions extrêmes ayant été jusqu'à

une tentative de strangulation. Hostilité, agressivité. Humeur taquine. Réactions biologiques négatives (sang et liquide céphalo-rachidien).

Du 16 février au 9 mars, acétylcholine (10 centig. par jour). Pendant le traitement, aucune amélioration. Vers la fin du traitement, un mieux se dessine. Les actes d'indiscipline s'espacent jusqu'au début d'avril. Nouvelle série du 7 au 27 avril (5 centigr. par jour). L'amélioration s'accroît et se maintient actuellement, l'enfant pouvant être employé à des travaux de jardinage.

OBSERVATION III. — B., 13 ans 1/2. Entré le 27 décembre 1935.

Antécédents héréditaires : père mort de tuberculose à 42 ans. La mère (47 ans) présente des crises de nerfs avec perte de connaissance.

Antécédents collatéraux : trois frères et une sœur sans crises ni convulsions.

Antécédents personnels : pas de renseignements sur le premier développement. Ecole de 6 à 10 ans. Ecole buissonnière. Reste 1 an 1/2 en préventorium. Au retour, est employé comme apprenti jardinier.

Fugues depuis le jeune âge, nombreuses (certaines avec vol) en compagnie d'un frère. Mendicité. Vols de bicyclettes. Evasion du Patronage à qui ils avaient été confiés. Admis à l'Institut.

A l'entrée : niveau mental presque normal (9,9). Niveau scolaire de 8 ans. Questionnaire de Woodworth mod. : Emotivité assez marquée. Note épileptoïde. Cyphoscoliose dorsale. Liquide céphalo-rachidien négatif.

Calme au début, ne tarde pas à extérioriser de graves troubles du caractère : impulsivité croissante, non calmée par le gardénal et le traitement glandulaire, et ayant été jusqu'à une tentative de strangulation le 18 mars. Du 19 mars au 9 avril, injections quotidiennes de cinq centigrammes d'acétylcholine. Régression rapide de l'impulsivité. Depuis cette date, l'amélioration se maintient jusqu'à la fin d'avril. A ce moment, reprise des troubles. Le 13 mai, nouvelle tentative de strangulation (avait eu la veille de l'énurésie nocturne).

OBSERVATION IV. — V., 13 ans et 1/2. Entre en avril 1935. Pupille de l'Assistance publique. Pas de renseignements sur son passé. Séjour ancien en Préventorium pour affection du genou droit dont il ne reste rien actuellement. Admis pour troubles du caractère. Calme au début.

A l'entrée : niveau mental : 9 1/2. Niveau scolaire de 8 ans.

Enurésie intermittente. Impulsivité coléreuse. Instabilité, violences explosives. Réactions sanguines et liquidiennes négatives. Retard staturo-pondéral. Le gardénal est sans effet.

L'acétylcholine est essayée à la dose de cinq centigrammes du 25 mars au 17 avril. Durant le traitement, amélioration très légère, mais qui se maintient encore actuellement. L'énurésie n'est pas modifiée.

Commentaires. — L'énurésie, pas plus ici que dans des observations antérieures, n'a été modifiée par le traitement. Par con-

tre, celui-ci a manifestement amené quelques modifications heureuses du comportement. Cette amélioration était, en général, contemporaine des injections. Dans un cas au moins, l'amélioration s'est maintenue dans le mois qui suivit la série d'injections.

Les doses de cinq centigrammes ont paru suffisantes, par séries de 20 injections. Le gardénal était, dans tous les cas, associé au traitement. Le traitement a toujours été bien supporté.

Nous ne faisons ici que rapporter les faits sans les commenter. Leur relation tire son intérêt de la difficulté que peut apporter, dans un service d'anormaux caractériels, le maintien de la discipline. Tout ce qui peut contribuer à donner, à cette dernière, un caractère médical nous paraît, en effet, devoir retenir l'attention. Signalons que, depuis quelques semaines, d'autres enfants difficiles ont réclamé *d'eux-mêmes* leur mise au traitement.

Maladie de Bourneville (sclérose tubéreuse) à caractère familial et congénital avec association de symptômes de neurofibromatose (maladie de Recklinghausen), par MM. L. BABONNEIX, M. BRISSOT, MISSET et DELSUC (Présentation de malade, de photographies et de radiographies, projections).

Les cas morbides rares sont toujours d'actualité. Aussi, nous a-t-il paru intéressant de vous présenter celui d'un syndrome neuro-ectodermique qui ressortit à la dermatologie, à la neurologie et à la psychiatrie.

OBSERVATION. — Il s'agit de l'enfant H... Roger, actuellement âgé de 6 ans et placé dans le service de l'un de nous (D^r Brissot) pour idiotie, agitation motrice incessante, tendance à l'autodestruction, méchanceté et brutalité envers son entourage.

L'examen du revêtement cutané de notre jeune malade a été pratiqué par le Docteur Sezary, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, qui a bien voulu nous dicter le texte suivant :

« Eruption disséminée sur la face, où elle est la plus abondante, sur le cuir chevelu où l'on voit environ cinq éléments, et à la région rétro-auriculaire et mastoïdienne gauche.

Ce sont des éléments néoplasiques saillants, plus ou moins régulièrement arrondis, de consistance assez dure, quelques-uns à surface légèrement cornée, de coloration tantôt rouge sombre, tantôt bistre. Les dimensions varient, depuis celle d'une tête d'épingle à un pois et à une noisette. Au-dessus des deux sillons naso-géniens : trainée de néoplasie miliaire. Au front, à côté de deux gros éléments, il en existe d'autres comme de toutes petites lentilles. Deux éléments isolés, gros comme de petits grains de riz, se voient au-dessous de la lèvre inférieure.

Une petite néoplasie existe également à l'extrémité externe de la clavicule droite, et vraisemblablement il en existe une à la région lombaire du côté gauche.



PHOTOGRAPHIE N° 1

Maladie de Bourneville avec association de Recklinghausen dans la région frontale

En somme : adénomes sébacés symétriques avec, d'une part, la localisation habituelle au-dessus des sillons naso-géniens et, d'autre part, les éléments épars sur toute l'extrémité céphalique. Les premiers rentrent dans le cadre de la *sclérose tubéreuse* (maladie de

Bourneville), les seconds, qui sont situés schématiquement au-dessus d'une ligne horizontale passant par les arcades sourcilières et qui sont de consistance plus dure, appartiennent à la *neurofibromatose* (maladie de Recklinghausen). »

Ajoutons qu'un certain nombre de ces dystrophies sont apparues depuis l'admission du malade dans le service.

La peau n'est ni atrophiée, ni infiltrée. Les ongles sont minces, striés, cassants. Il n'y a pas de téléangiectasie, sauf au niveau des petits tumeurs jugales.

Le ventre est gros, ballonné, distendu par les gaz intestinaux ; une légère circulation collatérale est à noter. Il n'y a ni ascite, ni hépato, ni splénomégalie. Les reins ne sont pas augmentés de volume.

Les extrémités des membres sont souvent froides et violacées.

La muqueuse jugale est rouge vif, tomenteuse et semble atrophiée ; la langue présente la même teinte, les papilles sont légèrement hypertrophiées. Les amygdales et la voûte palatine sont normales. Les dents sont au nombre de 18 : 10 à la mâchoire inférieure et 8 à la mâchoire supérieure où il manque deux incisives médianes ; incisives médianes et canines sont tronquées.

L'auscultation du cœur n'a rien révélé. Aux poumons actuellement, quelques râles de bronchite. A la radioscopie du thorax, un nodule calcifié dans la partie inféro-interne du champ pulmonaire droit, et, au-dessus, une zone de scissurite. Les organes génitaux sont normaux.

Par ailleurs, il existe une *amyotrophie* généralisée, qui, aux membres, prédomine à la racine et au premier segment. L'enfant marche avec peine et se tient difficilement debout.

En raison de son état mental et de son agitation, l'étude de la sensibilité et des réflexes est très difficile. Le tact, la sensibilité à la douleur et à la chaleur sont normaux ; le sens stéréognosique ne peut être analysé. Les réflexes tendineux paraissent diminués aux membres supérieurs ; aux membres inférieurs, les achilléens et le rotulien gauche sont douteux. Les réflexes cutanés abdominaux, crémastériens, anal externe réagissent bien. Le réflexe plantaire est difficile à interpréter.

Il n'y a ni hypermétrie, ni tremblement intentionnel ou parkinsonnien. Pas de mouvements athétosiques ou choréiformes. Au début, on a signalé des crises toniques musculaires généralisées avec perte de connaissance qui doivent être rattachées à l'*épilepsie*.

Stigmates faciaux de dégénérescence.

L'examen des yeux pratiqué par M. Bégue, ophtalmologiste de l'Asile de Vaucluse, n'a montré aucune lésion de la papille ; celle-ci a sa couleur normale. Les pupilles réagissent bien à la lumière. Bon réflexe cornéen.

Il n'y a ni hématurie, ni albuminurie, ni glycosurie.

Les réactions sérologiques pratiquées aussi bien pour le sang que pour le liquide céphalo-rachidien, à vrai dire sans réactivation préalable.

ble pour rechercher l'hérédo-syphilis, ont été négatives ; de plus, ni hyperalbuminose, ni leucocytose dans le liquide céphalo-rachidien.



PHOTOGRAPHIE N° 2

Les éléments de néoplasie miliaire situés au-dessus des deux sillons nasogéniaux et les éléments voisins sont des adénomes sébacés et rentrent dans le cadre de la sclérose tubéreuse.

La cuti-réaction à la tuberculine est légèrement positive.

L'état mental est extrêmement déficient. Aucune attention spontanée ; très faible attention provoquée, sauf pour les aliments. L'enfant est indifférent à tout ce qui se passe autour de lui ; il ne reconnaît pas ses parents. Il est tantôt calme, tantôt agité, coléreux sans raison,

pousse des cris inarticulés, a des gestes désordonnés de la tête et des membres. En dehors de ces cris, aucun langage, même syllabique. Souvent, quand on le touche, ou, quand on veut lui donner à manger, il essaie de griffer, ou de mordre, ou de lancer des coups de pied. Pas d'onanisme, mais tics de grattage ; sur tout le corps, principalement sur le ventre, existent de nombreuses cicatrices pigmentées d'âge différent. A plusieurs reprises dans la même journée, il s'assoit subitement, balance le tronc et la tête, enfin s'étend brusquement sur le dos et pousse des cris inarticulés.

Examen radiologique de la tête (D^r Misset).

De face, la silhouette de la tête se présente avec les apparences d'une symétrie parfaite. De profil, le prognathisme est manifeste. La base ne présente pas de particularité à retenir, la selle turcique est normale.

La coupe optique est large, sauf en un point situé dans la partie antérieure de la ligne interpariétale. Cet épaississement déborde peu au delà de la région médiane et semble s'accompagner d'un certain degré d'incrustation de la faux du cerveau.

La teinte générale de l'ensemble de la voûte n'est pas homogène. Des zones claires, arrondies, alternent avec des plages opaques, donnant à l'ensemble un aspect floconneux sur lequel, cependant, on distingue les empreintes vasculaires bien tracées et les sutures nettes en situation normale (coronale, occipito-pariétales et occipito-temporales).

Le fait remarquable est la présence d'un certain nombre de petites taches — *qui paraissent traduire la présence de nodosités assez denses*. Trois d'entre elles, distantes d'un centimètre, se rangent suivant une ligne courbe, parallèle à la ligne sagittale et à 7 centimètres au-dessous de celle-ci. Une quatrième se trouve à 2 cent. 7 au-dessus de l'intervalle des clinoides antérieures et postérieures. D'autres se détachent dans la région frontale. Certaines peuvent être considérées comme assez profondes : on trouve en effet, en vue frontale, des projections situées à environ 3 cent. de la paroi.

Examen histologique des tumeurs de la face. — Nous n'avons encore examiné que la tumeur frontale. Incluse à la paraffine et débitée en coupes minces, colorées à l'hématéine-éosine, elle s'est montrée constituée par un tissu fibreux particulièrement abondant et qui infiltre les mailles du derme. Le corps muqueux de Malpighi est normal, de même que les autres éléments de la peau. Il n'y a, en particulier, aucune hypertrophie des glandes sébacées, aucune lésion inflammatoire. En somme, fibrome pur de la peau (Martineau). Les résultats histologiques de l'examen concernant l'autre tumeur qui paraît bien être de l'adénome sébacé pur, seront ultérieurement communiqués à la Société.

Antécédents personnels. — Accouchement difficile (présentation du siège).

Il existait à la naissance une tumeur sur le cuir chevelu. Une autre

est apparue sur le front à l'âge de quatre mois ; puis la face fut progressivement envahie les mois suivants.

A 7 mois 1/2, première crise convulsive, bientôt suivie d'autres de plus en plus nombreuses, jusqu'à 20 par jour. (Dès ces premières attaques, notre jeune malade aurait été paralysé ?). Il ne marcha qu'à 18 mois.

Il a toujours été très coléreux, très malpropre et a toujours mangé difficilement. Il passait des nuits entières sans dormir. Il ne reconnaissait pas ses parents.

En résumé, il s'agit d'un enfant *idiot, épileptique* (mais dont les crises sont actuellement en régression) ayant des *malformations cutanées* (adénomes, tumeurs fibreuses, peau chagrinée, molluscum) : l'une est congénitale, les autres sont apparues progressivement de la naissance à ce jour.

Il a un *frère*, Claude, âgé de 4 ans, moins arriéré physiquement et intellectuellement que notre petit malade. Il est physiquement plus développé que lui.

Au point de vue psychique, Claude ne prononce aucune parole, mais marche seul, il mange spontanément du pain (par ailleurs ne s'alimente pas seul). Il est peu agité.

Au point de vue somatique : gros facies de dégénéré (face, voûte palatine, agrandissement des globes oculaires sans trouble de la vision) ; un examen des yeux, pratiqué à la Salpêtrière, n'aurait révélé rien d'anormal.

Face : 2 petites tumeurs rouges (région temporale gauche et angle externe œil gauche). Très petite tumeur rose en formation à la joue droite.

Epilepsie : crises presque quotidiennes et répétées depuis l'âge de 8 mois (prend 0,10 gardénal). Relativement propre. Est actuellement soigné au Patronage de la rue de Vaugirard (D^r Heuyer) où on lui a fait du Sulfarsénol.

Donc, dans l'ensemble :

- 1° Gros arriéré intellectuel ;
- 2° Epileptique à crises très fréquentes ;
- 3° Porteur de petites tumeurs faciales (moins nombreuses que celles de notre malade) ;
- 4° La motricité est chez lui relativement conservée.

La mère étant enceinte de cet enfant a été soumise à la Pitié à un traitement antisyphilitique (novarsénobenzol et cyanure de mercure).

Antécédents héréditaires. — Les renseignements concernant l'hérédité sont les suivants : la mère nous a affirmé ne connaître aucune personne dans ses ascendants et collatéraux et dans ceux de son mari,

Ainsi, dans une même famille, nous voyons *deux enfants présentant les mêmes symptômes*, mais à des degrés différents : l'un idiot et épileptique (notre malade), est porteur de nombreuses dystrophies cutanées ; l'autre, moins arriéré, est également épileptique, et porte des malformations cutanées analogues, mais moins abondantes et localisées presque exclusivement à la région fronto-temporale gauche.

Ces symptômes sont congénitaux. D'autre part, nous avons relevé une hérédité mentale et alcoolique.

EN RÉSUMÉ, cas intéressant pour plusieurs raisons :

I. *Caractère familial de la maladie*, particularité connue, mais peu fréquente, et que l'un de nous (Babonneix) a eu l'occasion de noter dans un cas concernant un petit malade chez qui existent tous les signes de la sclérose tubéreuse et dont la mère, atteinte de gros troubles de l'intelligence et du caractère, est porteuse, en plus, d'adénomes sébacés typiques.

II. *Résultats de l'examen radiographique*, qui permet de soupçonner l'existence de tumeurs calcifiées intracrâniennes, sans qu'il soit possible d'affirmer qu'elles correspondent aux tubérosités décrites dans la maladie de Bourneville.

III. *Coexistence d'adénomes sébacés et de nodules cutanés du type de ceux que l'on voit dans la neuro-fibromatose* : nouvel argument joint à ceux rassemblés par Bielschowsky en faveur de l'identité des deux maladies que la plupart des auteurs considèrent comme étrangères l'une à l'autre, encore que voisines : la sclérose tubéreuse (*maladie de Bourneville*) d'une part, la neuro-fibromatose (*maladie de Recklinghausen*) d'autre part.

M. CEILLIER. — Les troubles mentaux sont-ils fréquents et de quelle nature sont-ils dans la maladie de Recklinghausen ? Ils sont rares si j'en crois ma propre expérience et celle du professeur Claude auquel j'ai posé cette question à propos d'un malade que nous examinions ensemble.

M. RONDEPIERRE. — J'ai vu un homme, au régiment, traité de simulateur dont les tumeurs n'avaient pas été identifiées par les premiers médecins qui le virent. Il présentait un syndrome d'asthénie, avec douleurs en rapport avec les lésions nerveuses. Et mon diagnostic de maladie de Recklinghausen fut confirmé par la biopsie.

M. Roger ANGLADE. — Je vais présenter tout à l'heure un désé-

quilibrium simulateur qui va nous simuler une crise d'épilepsie. Il a un syndrome fruste de Recklinghausen et au point de vue mental il se caractérise par un déséquilibre psychique avec mobilité d'humeur, irritabilité du caractère et mythomanie.

M. René CHARPENTIER. — Chez une malade atteinte de maladie de Recklinghausen, et que j'ai eue à observer récemment, les troubles psychiques les plus caractéristiques étaient l'asthénie, l'hyperémotivité et l'instabilité du caractère.

M. BABONNEIX. — Les troubles mentaux sont rares, en effet, dans la maladie de Recklinghausen. Ils consistent presque exclusivement en troubles du caractère. L'intelligence est généralement respectée. D'ailleurs les lésions cérébrales sont minimales.

Aux commentaires de M. M. Brissot, je voudrais ajouter quelques brèves remarques.

1) *L'adénome sébacé traduit-il toujours l'existence d'une sclérose tubéreuse ?* Oui, dans la plupart des cas. Mais non dans tous. On connaît en effet, d'une part, des cas d'adénomes sébacés ne se compliquant d'aucun trouble nerveux ou mental, et, de l'autre, des cas de sclérose tubéreuse sans adénome sébacé. N'empêche que, lorsque cette affection cutanée est notée chez un jeune sujet idiot et épileptique, il y a bien des chances pour que, chez lui, la maladie de Bourneville soit en cause.

2) *Y a-t-il lieu de distinguer plusieurs types d'adénome sébacé ?* Nous avons posé la question à plusieurs de nos collègues de l'hôpital Saint-Louis, et ils ont été unanimes à déclarer qu'entre les trois types principaux admis par les auteurs : Pringle, Balzer, Hallopeau-Leredde-Darier, existent tous les intermédiaires. Il n'y a donc pas lieu d'établir entre eux de démarcation infranchissable.

3) *L'adénome sébacé est-il la seule affection cutanée qui ait été observée dans la maladie de Bourneville ?* Non, contrairement à l'opinion de la plupart des neurologistes français. A la suite des travaux de Max Bielschowski, rappelant les travaux antérieurs de Heinze et de Vérocay, on admet aujourd'hui que dans la plupart des cas, il s'y associe des tumeurs cutanées ressortissant à la neurofibromatose. Il est curieux de signaler que, dans l'observation princeps de Bourneville, il en était déjà ainsi.

4) L'existence, chez un jeune sujet atteint de sclérose tubéreuse, de « neurofibromes » de la peau, s'explique par les liens de parenté très étroits qui, tant cliniquement qu'anatomiquement, unissent les deux maladies et sur lesquels ont fortement et justement insisté MM. Bielschowski, van der Höven, L. van Bogaert.

Note sur un essai de prophylaxie des délires spirites,
par MM. H. CLAUDE et J. CANTACUZÈNE.

Depuis sa naissance en Amérique, au milieu du siècle dernier, et son apparition en Europe vers 1852, le mouvement spirite a pris sans cesse plus d'ampleur. Duhem, dans sa thèse de 1904, estimait qu'il y avait plus de 12 millions de spirites dans le monde et donnait, pour la France, le chiffre de 40.000 adeptes, dont plus de 30.000 à Paris. Il notait, de même, que la « presse occultique » comprenait environ 130 revues et périodiques divers, dont une trentaine en France. Ces chiffres, qui datent de plus de 30 ans, n'ont certainement pas diminué. Car, de nos jours, les moyens de publicité qui s'offrent au mouvement spirite sont encore plus importants et plus efficaces. Les pages d'annonces des grands journaux ont aujourd'hui une rubrique de « Sciences occultes », au même titre que les « Offres d'emplois », et de grandes affiches multicolores annoncent régulièrement les séances de magie, spiritisme, etc. Séances qui ne se font plus dans ces réunions ésotériques, dans ces salons aux lumières tamisées que décrivaient jadis Viollet (1) et Flammariion, mais dans des salles de conférences publiques, où n'importe qui veut payer peut entrer, et où (comme dans toute conférence « scientifique ») les étudiants bénéficient du demi-tarif. Tout ceci, Couderc l'a très bien mis en lumière, dans sa thèse récente (2).

Il y a environ 40 ans qu'on a signalé les troubles mentaux que peuvent engendrer ces diverses pratiques. Après les observations de Séglas (1895), de M. P. Janet (1898) et de Marie (1899), d'intéressantes discussions furent suscitées ici même, entre 1901 et 1904, par les communications de Trénel, Gilbert-Ballet, Dheur, Sollier et Boissier. En 1904, deux leçons de Joffroy et la thèse citée de Duhem manifestaient l'intérêt de la Faculté pour ce problème. Lévy-Valensi, dans un article de 1910 (3), citait un total de 18 observations connues à cette époque, nombre qu'il faut porter à 24 si on y ajoute les cas de Bérillon (4), Trénel (5),

(1) *Spiritisme dans ses rapports avec la folie*, 1 vol., Paris, Blondel éditeur, 1908.

(2) L.-H. COUDERC. — Enquête médico-psychologique sur la pratique commerciale de l'occultisme. *Thèse de Paris*, R. Pichon et Durand-Auzias éditeur, Paris, 1934.

(3) *Encéphale*, 1910, p. 696.

(4) *Arch. de Neurol.*, 1899, 2, p. 516.

(5) *Ann. Méd.-Psych.*, 1901, 1, p. 466.

Raymond (1), de Jong (2), et Bonnet (3), déjà publiés à cette date. Depuis lors, nous avons trouvé encore 16 cas dans la littérature médicale française, publiés par Capgras et Terrien (4), Dupouy et Le Savoureux (5), Dide, Pezet et Mire (6), Hollander (7), Laignel-Lavastine et Gouriau (8), Binet-Sanglé (9), Wimmer (de Copenhague) (10), Schiff (11), Vinchon et Dessoille (12), Lerroy et Rotter (13), Trelles (14), et surtout Lévy-Valensi, avec Génil-Perrin (15), avec Piccard (16), et avec Ey (17). Ceci porterait à 40 le nombre de cas de délires spirites publiés en France (18). Nous ne connaissons pas tous les cas rapportés à l'étranger, mais le sujet est à l'ordre du jour un peu partout, à en juger par les travaux de Gorriti (19), en Espagne, de Wimmer à Copenhague, de Donath (20), à Vienne, et en particulier de Janota (21), à Prague, qui a consacré, aux rapports de la schizophrénie avec les délires spirites, un important ouvrage (22).

Il est incontestable que ces nombreuses observations n'ont pas encore permis de fixer exactement quant au délire, le rôle pathogène des pratiques spirites. Pour certains auteurs, les idées et le vocabulaire spirites ne feraient que fournir un système explicatif des troubles hallucinatoires déjà ressentis par les malades, et un certain mode d'expression de ces explications. « Il n'y a pas de folie spirite distincte, mais une coloration parti-

- (1) *Bull. Méd.*, mai 1902, p. 513.
- (2) *Arch. de Neurol.*, 1904, 2, p. 419.
- (3) *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 20 déc. 1909, p. 307.
- (4) *Ibid.*, 1912, p. 131.
- (5) *Revue Neurol.*, 1913, 2, p. 140.
- (6) *Ann. Méd.-Psych.*, 1920, p. 269.
- (7) *Congrès des Méd. Alién.*, Strasbourg, 1920, p. 63.
- (8) *Encéphale*, 1920, p. 65.
- (9) *Ann. Méd.-Psych.*, 1911, p. 558.
- (10) *Encéphale*, 1923, p. 9.
- (11) *Ann. Méd.-Psych.*, 1926, II, p. 240.
- (12) *Encéphale*, 1928, p. 944.
- (13) *Ann. Méd.-Psych.*, 1930, 2, p. 217.
- (14) *Encéphale*, 1930, p. 475.
- (15) *Encéphale*, 1913, p. 89.
- (16) *Encéphale*, 1928, 2, p. 947.
- (17) *Ann. Méd.-Psych.*, 1931, 2, p. 39 et 126.
- (18) Pour les autres indications bibliographiques, surtout antérieures à 1920, voir les travaux cités plus haut de Lévy-Valensi, Dide, Duhem et Viollet.
- (19) *Semana medica*, n° 2095, 8 mars 1934, p. 743-752.
- (20) *Semaine médicale viennoise*, 1903, n° 2.
- (21) *Soc. psycho-neurol. de Prague*, 9 février 1927 (v. *Encéphale*, 1927, p. 404).
- (22) *Spiritismu a spiritiskelo. Blonznenike Schizofrenü*, Prague, 1928.

culière de toutes les psychoses... qui peuvent donner lieu à des troubles psycho-moteurs. » (A. Marie). C'était probablement l'avis de Joffroy, lorsqu'il disait que « la plupart des délires spirites ne sont autre chose que des délires systématisés religieux »...

Si tous les auteurs ne sont pas d'accord pour attribuer uniquement à la pratique des sciences occultes la genèse des délires spirites, tous sont cependant convaincus du rôle prédisposant de ces pratiques. Il suffit que le sujet présente un certain état de dégénérescence, de débilité mentale, parfois même simplement un état psychasthénique, une constitution particulièrement émotive, une instruction réduite combinée à une suggestibilité trop grande, ou même une suite de chagrins ou de soucis, qui affaiblissent son équilibre moral. Sur un pareil terrain « l'entraînement méthodique au dédoublement de la personnalité peut conduire très rapidement un sujet à la désagrégation la plus profonde » et les phénomènes d'automatisme s'installeront définitivement, conditionnés, sinon provoqués, par les pratiques spirites.

On comprend donc pourquoi, étant d'accord sur ce point, tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont également affirmé le danger des dites pratiques pour « l'hygiène mentale de leurs adeptes ».

Lévy-Valensi appelait le spiritisme une « antichambre de la folie ». Duhem, dans les conclusions de sa thèse, disait que « même chez des personnes équilibrées, mais dont la culture intellectuelle ne leur permet pas de raisonner les faits, ces pratiques amènent presque toujours une sorte de trouble malsain, un certain malaise moral, que la santé publique a toujours intérêt à ne pas voir apparaître. En présence de ces faits, il nous semble que c'est un devoir pour le médecin aliéniste d'abord, et pour toute personne soucieuse de l'hygiène morale, de ne pas voir s'étendre et se développer les pratiques du spiritisme, aussi bien que de chercher, par tous les moyens possibles, à enrayer les progrès accomplis du mal ». C'est aussi l'avis de Capgras et Terrien, qui soulignent « l'action néfaste que peut exercer, sur les esprits déséquilibrés et hyperémotifs, l'habitude de certaines pratiques occultes ». Sollier et Boissier signalaient, de même, que « un sujet prédisposé à la vésanie, qu'une vie simplement calme ou bien dirigée, aurait maintenu indemne, ou dans un état relativement équilibré, sera entraîné dans l'aliénation avec une extrême facilité par l'essai, même peu prolongé, du spiritisme actif ». Ce qui revient à définir, avec Gilbert Ballet, « le danger,

chez certaines gens à mentalité peu résistante, des pratiques du spiritisme ». Dans son article publié à Vienne, le Docteur Donath est encore plus catégorique, en disant : « Je crois que nous devons, sans l'ombre d'une hésitation, ruiner, par l'interdiction légale des assemblées spirites, le culte d'une superstition honteuse pour notre temps, abétissante pour le peuple, et dangereuse pour la santé. » C'est aussi la conclusion de Couderc, en ce qui concerne l'occultisme (1).

C'est en considérant cet accord sur les dangers du spiritisme et de l'occultisme, et ce vœu sous-entendu pour une prophylaxie des troubles qu'ils peuvent engendrer, que nous pensons intéressant de faire connaître devant vous la première, à notre connaissance, des tentatives faites par voie légale pour la prophylaxie des troubles spirites.

En effet, à la suite d'un avis du Conseil Supérieur de la Santé et de l'Assistance publique, le Conseil des Ministres de Bucarest a pris (en mars dernier) une décision, en conformité avec la loi sanitaire roumaine, afin d'interdire « *les représentations, séances et spectacles en liaison avec la magie et les sciences occultes, comme étant nuisibles à la santé publique et pouvant donner naissance à différentes maladies nerveuses et mentales* ». Cette interdiction porte sur les séances et démonstrations de spiritisme, suggestion, hypnotisme, télépathie, fakirisme, sorcellerie, etc... On a interdit aussi, par le truchement de la censure cinématographique, la représentation des films dont les sujets ont trait à la magie ou aux phénomènes occultes. Enfin, poussant encore plus loin le souci de prophylaxie, la dite décision interdit de même la « *pratique publique* » de la chiromancie, psychographie, astrologie et divination. Un dernier article de la décision interdit aux « *personnes non qualifiées et donc incompétentes* » la publication et la vente des revues et journaux traitant de la magie, de l'occultisme, du spiritisme, etc...

On le voit, cette décision pousse le souci de bien faire jusqu'à une généralisation qui nuira peut-être à l'efficacité de la mesure prise. On pourrait aussi se demander si certains termes, qui dans leur essai de précision juridique manquent de précision scientifique (comme cette définition de « *personnes non qualifiées, donc incompétentes* »), ne serviront pas à certains pour s'évader des limites de cette interdiction.

Quoi qu'il en soit, voilà le premier essai d'action officielle et

(1) « ...il est nécessaire, par de fortes condamnations, par le contrôle de la publicité, par l'éducation surtout, de remédier à ce mal dans l'intérêt du public, dans l'intérêt des débiles, des anxieux et des aliénés, qu'il convient légalement et socialement de protéger » (*op. cit.*, p. 128).

légale portant simultanément contre les deux catégories que Joffroy distinguait parmi les médiums spirites : charlatans et malades.

Il nous faut attendre les résultats de cette intéressante tentative pour pouvoir juger de sa valeur et de son efficacité. Mais, dès à présent, nous pensons qu'un essai de statistique des délires à forme ou contenu spirite, avant et après la prise de cette mesure d'interdiction, pourrait apporter d'utiles précisions et nous permettre de juger, à l'avenir, en meilleure connaissance de cause, du rôle exact des pratiques spirites dans le déclenchement des psychoses qui leur ont été attribuées jusqu'à ce jour.

M. Georges DUMAS. — Sur 126 malades que j'ai observés pour une étude sur la mentalité paranoïde et le délire d'influence, j'ai fait le compte de ceux qui avaient pratiqué le spiritisme. J'en ai trouvé plus des 6 dixièmes. D'une façon générale, les troubles mentaux sont éclos avant la pratique spirite. Et ce sont les confidentes des malades, habituellement les concierges, qui leur ont dit de s'adresser aux spirites. Ceux-ci ont exploité les phénomènes d'automatisme mentaux, ce qui les a exagérés. Certes, il serait désirable de faire cesser cette exploitation ; mais par quels moyens ? Si les charlatans arguent qu'ils ne donnent que des conseils, ils ne commettent pas de délits. Souvent, ces charlatans sont médecins. *Boyer.*

M. GOURIOU. — J'ai, avant la guerre, alors que, déjà médecin, je m'étais inscrit à la Faculté de droit comme étudiant, beaucoup fréquenté les spirites. Je suis même entré dans l'intimité de certains d'entre eux. J'ai pu ainsi me rendre compte qu'ils commettent des actes vraiment délictueux au sens légal ; des escroqueries, des abus de confiance, des actes attentatoires aux bonnes mœurs. Ils prétendent matérialiser les morts et ce sont des fillettes ou des garçons qui, par leurs attouchements sur les clients crédules placés dans l'ombre, réalisent ces matérialisations. Il ne faut donc pas croire à l'inefficacité des efforts d'une campagne contre leurs méfaits. Plus inexpugnable est la situation des médecins véreux qui, avant de faire interner les malades atteints d'automatisme mental, leur ont soutiré de l'argent en acceptant de leur donner des consultations avec pratiques de thérapeutique spirite, empirant eux-mêmes la maladie avant de confier, aux médecins d'asile, le soin de la traiter réellement.

M. Georges DUMAS. — Ces faits, constatés de nos jours, nous prouvent que les mêmes pratiques destinées à pénétrer le mystère de l'inconnu, existent dans le Paris du xx^e siècle et existaient

dans l'Égypte des Pharaons et la Grèce d'Epidaure. Les prêtres égyptiens écrivaient les songes que le fidèle leur racontait avoir eus et les expliquaient en interprétant les dessins fournis par l'écriture idéographique. C'est le procédé dont se servent les diseuses de bonne aventure de nos foires. Les prêtres d'Epidaure endormaient les fidèles sous des vapeurs d'encens. Une spirite, dont une malade observée dans les asiles de la Seine vers 1907 et connue depuis sous le nom d'Alexandra, me donna l'adresse, pratiquait une incubation à moins de frais que celle des temples païens. Elle attendait que ses clients, réunis dans sa petite chambre, autour d'un poêle chauffé au rouge, fussent assoupis par l'oxyde de carbone. Puis, d'un coup de baguette, elle les réveillait en leur demandant : A quoi pensez-vous ? Et elle interprétait l'imagerie ainsi déclenchée. C'est donc bien une nécessité psychologique pour l'espèce humaine que de rechercher dans les songes la connaissance divine ?

M. René CHARPENTIER. — Dans sa séance du 25 mai dernier, la Société Médico-psychologique a émis un vœu signalant aux Pouvoirs Publics les dangers de ces modes multiples de charlatanisme et demandant qu'il y soit mis fin. Ce vœu a été transmis par le Secrétaire général.

Simulation de crises comitiales (Présentation du simulateur),
par MM. R. ANGLADE et L. VIDART.

Il s'agit d'un débile, âgé de 25 ans, délinquant d'habitude, plusieurs fois condamné, qui, pour échapper à la relégation, a simulé des crises comitiales. « Pour simuler une crise, nous dit-il, je prends un morceau de savon, je le mets dans ma bouche, ce qui me permet d'avoir de la bave mousseuse aux lèvres, je m'écroule brutalement, je raidis les bras et les jambes, je m'efforce de trembler et urine quand je le peux. »

L'imitation est assez bonne, mais ces crises, assurément, sont loin d'être typiques. Une observation un peu attentive permet de déceler aisément la supercherie.

Cet exemple de simulation est banal, nous le savons ; de nombreux cas semblables au nôtre ont été observés et publiés. La présentation du sujet, seule, offre, nous semble-t-il, un certain intérêt, car cet homme accepte de faire, devant vous, une démonstration. C'est donc surtout une petite attraction médico-légale que nous vous offrons, et c'est seulement ainsi que nous pensons pouvoir attirer un instant votre attention sur ce cas.

Le malade introduit dans la salle et s'y tenant debout reçoit l'ordre de simuler. Il s'immobilise pendant un quart de minute, le regard oblique, puis d'un coup se laisse tomber en arrière sur l'occiput, le corps restant raidi comme une barre de fer, sans aucun geste de protection. L'extension parfaite du tronc et des membres avec déviation de la tête et des yeux dure plus d'une minute. Une légère mousse apparaît aux lèvres. Mais les mouvements cloniques tardent à venir. Ils ne s'esquissent que sous la palpation d'observateurs impatients d'apprécier l'état de la tonicité. Ils varient avec cette palpation, diminuant quand elle cède, s'exagérant quand elle reprend, ne présentant donc pas les caractères de la convulsion clonique, se révélant être des gestes de trépignement.

M. MARCHAND. — Le malade présenté par M. Anglade montre combien le diagnostic d'épilepsie convulsive doit être réservé tant que l'on n'a pas assisté à une ou même plusieurs crises. Dans le cas actuel, l'attaque simulée ressemble bien plus à une crise névropathique ou pithiatique qu'à une crise épileptique. Il faut reconnaître toutefois que la chute brusque, si impressionnante, pourrait induire en erreur un praticien non spécialisé.

Les cas d'épilepsie convulsive simulée ne sont pas exceptionnels chez les délinquants. J'ai eu, dans mon service de Ste-Anne, un sujet qui, condamné à cinq ans de travaux publics pour avoir gifflé un officier au cours de son service militaire, a simulé l'épilepsie et a pu ainsi obtenir sa grâce neuf mois plus tard. Ce même sujet a commis ensuite deux vols de bicyclette et a bénéficié chaque fois d'un non-lieu en simulant l'épilepsie. Dans un service d'asile, il a servi de sujet d'expérience pour la provocation de crises d'épilepsie par l'hyperpnée.

Il a été interné dans mon service de Ste-Anne à la suite d'une tentative de suicide simulée pour se faire hospitaliser. Il était sans domicile, sans ressource, véritablement affamé. Il me fit facilement l'aveu de la simulation des crises épileptiques qu'il a reproduites devant moi et il a servi de sujet dans un cours du Professeur Georges Dumas à Ste-Anne. Les crises étaient assez bien imitées parce que ce simulateur avait étudié l'épilepsie dans un traité de psychiatrie. Il avait également imaginé de décrire un accès d'automatisme mental pendant lequel il aurait été d'Avignon à Rennes, et là, il aurait repris connaissance à l'asile d'aliénés ; il avait été, en effet, interné dans cet établissement par décision judiciaire à la suite de son premier vol.

Je citerai enfin le cas de Calmeil simulant une crise convulsive devant Esquirol au cours d'une visite médicale. La crise était si bien imitée qu'Esquirol fut induit en erreur.

M. COURBON. — Les auteurs ont eu raison de montrer ce simulateur, car sa chute est de nature à induire en erreur. Mais j'ai vu beaucoup mieux de la part d'un prisonnier de guerre rapatrié d'Allemagne en 1918 pour épilepsie convulsive. Il s'agissait d'un Français d'une trentaine d'années qui présentait, sur le visage et sur la langue, plusieurs cicatrices, dont quelques-unes très profondes. Il les attribuait à des crises qu'il simulait dans des circonstances où elles auraient pu être mortelles (au milieu des rochers d'une carrière où on l'occupait à charrier des blocs, au bord d'un précipice, sur un passage à niveau), afin de triompher du scepticisme des médecins allemands qui, pendant longtemps, le traitèrent d'imposteur. Pour me convaincre moi-même, il s'offrit à en simuler une et j'invitai mes collègues du Centre de Neurologie de Lyon à assister au spectacle. Devant nous, le sujet se précipita avec violence, la figure en avant, sans esquisser le moindre geste de protection, contre les marches d'un escalier où il se fendit la lèvre. Il resta étendu, les quatre membres secoués de convulsions cloniques, les commissures labiales soulevées par le ronflement et bavant une salive qui se mêlait au sang descendu de sa lèvre. A ma première demande, il revint à lui, se leva, nous montra, saignante, la langue qu'il venait de se mordre, et mouillé son pantalon dans lequel il venait d'uriner. « Si on ne se casse pas réellement la gueule au cours d'une crise, disait-il, on croit que c'est du chiqué. En Bochie, j'ai failli plusieurs fois me tuer. Mais j'aurais préféré la mort à la prolongation de ma captivité. » Cet individu n'est resté que quelques jours dans mon service, venant de Suisse et acheminé aussitôt sur son Dépôt. J'ai eu tout juste le temps de constater sur lui l'existence d'une analgésie surprenante de tout le corps.

De tels cas, sur lesquels je pense revenir dans une prochaine communication, prouvent que, ni la douleur, ni la gravité d'un traumatisme, ne suffisent à garantir la nature pathologique de sa cause.

M. CEILLIER. — Ces cas prouvent la difficulté du diagnostic de l'épilepsie et l'indispensabilité des annexes psychiatriques de prison pour l'observation de tels délinquants.

La séance est levée à 18 heures 45.

Le Secrétaire des séances,

Paul ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 28 Mai 1936

Présidence : M. TINEL, président

Le diagnostic et le traitement chirurgical des tumeurs intramédullaires, par M. Ign. OLIENICK (d'Amsterdam).

L'auteur présente un exposé de trois cas de tumeurs intra-médullaires, toutes extirpées avec un résultat favorable en 1935, dont deux étaient situées dans la partie cervicale (8 cm., resp., 19 cm. de longueur) et une dans la partie thoracique de la moelle épinière (10 cm. de longueur). Il souligne le développement capricieux de ces néoplasmes, les rémissions au commencement, les intermissions plus tard, qui sont responsables des diagnostics erronés de troubles fonctionnels, hystérie, etc.

Plutôt que le diagnostic purement neurologique, la variabilité des résultats de l'épreuve de Queckenstedt, — tantôt négatifs, tantôt positifs, — et surtout l'examen au lipiodol peuvent être de la plus grande valeur pour le diagnostic. Un stop temporaire de lipiodol, se divisant en deux lignes, continues ou interrompues, divergentes d'abord, convergentes plus bas dans les parties les plus latérales du canal vertébral, est presque pathognomonique.

Bien que le succès d'une intervention chirurgicale dépende largement du développement — expansif ou infiltratif — le diagnostic précoce aidera beaucoup à agrandir le nombre des tumeurs extirpables.

Présentation d'une série de dispositifs illustrant les radiogrammes au lipiodol, les tumeurs et les sections microscopiques (gliome mixte, oligodendrogliome avec une réaction mésodermale importante et épendymome typique).

Sclérose latérale amyotrophique ayant duré 20 ans, par M. SOUQUERS.

L'auteur communique un cas typique de maladie de Charcot, qui — fait unique — a duré 20 ans. Anatomiquement, le diagnostic a été confirmé. La moelle était atteinte dans toute la hauteur, mais non le tronc cérébral. S'agit-il d'un arrêt d'un certain temps ou d'une évolution très lente ? Rien ne permet encore de prévoir ce point si utile en clinique.

Rigidité décérébrée incomplète. Réflexes toniques du labyrinthe et du cou. Troubles des mouvements de redressement du corps, par M. ZADOV (de Budapest).

L'auteur présente un film d'un cas de rigidité décérébrée avec crises toniques et troubles statiques.

Il s'est servi des méthodes de Magnus et Klein et, par des dispositifs particuliers (table tournant autour de divers axes), il a montré la ressemblance de son tableau clinique avec les faits expérimentaux.

Pseudo-scléroses. — Epreuve du verre et geste accompagné, par MM. J. FROMENT, P. BONNET et A. DEVIC (de Lyon).

Les auteurs montrent et analysent un film cinématographique qui nettement oppose, en cours d'acte, dans l'épreuve du verre — bras libre, puis bras soutenu et guidé (*épreuve du « geste accompagné » de Froment*) — le comportement d'un tremblement intentionnel de type cérébelleux et ceux tout différents de deux pseudo-scléroses avec cercles verts cornéens typiques, dont ils montrent aussi l'aspect sur autochromes. Ils adoptent les conclusions suivantes :

main qui, tremblant, rétive, même soutenue et guidée, se refuse et se cabre et qui d'autant plus violemment se met en rébellion, que plus on cherche à la maîtriser et à la maintenir — non moins qu'un anneau vert cornéen — trahit la pseudo-sclérose.

Discussion. — M. ANDRÉ-THOMAS fait remarquer que des mouvements semblables peuvent s'observer chez des athétosiques simples.

M. GUILLAIN pense que les grandes décharges qu'il a observées dans un cas de sclérose en plaque ne sont pas symptomatiques d'une atteinte striée, mais d'une lésion hypothalamique. Ce cas, publié par MM. Mollaret et I. Bertrand, a montré que les lésions sous-striées atteignaient presque jusqu'au corps de Luys.

Métastase cérébrale unique d'un mélanoblastome de la petite lèvre, par MM. Henri ROGER, Henri MONGES, Jean PAILLAS et André JOUVE.

Les auteurs rapportent l'observation anatomo-clinique d'une femme âgée de 43 ans, atteinte de crise jacksonienne gauche, d'abord sensitive, puis motrice, précédant l'installation d'une hémiparésie gauche. L'examen complet des téguments révèle l'existence d'une tumeur violacée de la petite lèvre droite avec adénopathie inguinale secondaire évoluant depuis près d'un an. Fond d'œil, P.A.R., liquide céphalo-rachidien sont normaux, pas

de céphalées. L'autopsie montre une métastase cérébrale unique rolandique droite, d'un mélanome para-clitoridien de type polymorphe pseudo-sarcomateux.

Compression médullaire et ostéite fibrokystique de Recklinghausen au cours d'une sarcomatose de Kaposi, par MM. Henri ROGER et Paul VIGNE (de Marseille).

Chez un malade atteint depuis 9 ans de sarcomatose de Kaposi, s'installe une paraplégie spasmodique avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien et blocage à l'épreuve de Queckenstedt-Stookey. La radiographie révèle un tassement de D.9 et par ailleurs une volumineuse géode dans le cubitus droit, dans la mastoïde droite, dans la clavicule droite, qui sera ultérieurement le siège d'une fracture spontanée, et disparition de substance plus petite dans d'autres os ; un aspect criblé du crâne.

Les auteurs discutent l'hypothèse d'une ostéite fibro-kystique consécutive à une métastase néoplasique ou à une réaction hyperplasique au niveau de la parathyroïde et celle de métastases sarcomateuses multiples simulant la maladie de Recklinghausen.

Syndrome parkinsonien avec blépharospasmes, spasme des oculogyres et ébauche de torticollis spasmodique d'origine syphilitique, par MM. COSSA, DUGUET, EMOND et PURCH (de Nice).

Relation d'un cas de syndrome parkinsonien survenu chez un jeune soldat avec manifestations de spasme des paupières, des globes, et ébauche de torticollis spasmodique. Réactions sérologiques très positives. Le traitement spécifique fait disparaître le syndrome parkinsonien permanent et une partie des phénomènes de spasme.

Lacunes osseuses crâniennes avec hernie cérébrale marquant la fin d'un syndrome d'hypertension intracrânienne et évoluant spontanément vers la guérison clinique et radiographique, par M. SUBIRANA (de Barcelone).

L'auteur cite le cas d'un malade ayant présenté un syndrome d'hypertension intracrânienne. Les signes cliniques s'amendèrent progressivement en même temps qu'on constata la présence d'une tumeur molle située un peu à droite de la ligne médiane au niveau du bregma. La radiographie du crâne montra l'existence d'une large brèche crânienne ainsi que des zones de calcification. Après avoir éliminé un certain nombre de diagnostics : syphilis, métastases osseuses, maladie de Paget, l'auteur conclut qu'il s'agit peut-être d'ostéoporose circonscrite du crâne.

Système vésiculeux parasymphatique du mésocéphale, par M. Maurice LIDE et M^{lle} Adrienne BAUDOUIN.

Les auteurs décrivent minutieusement la phylogénèse, l'ontogénèse et la cytologie d'un système cellulaire allant de l'insertion antérieure du pédoncule cérébelleux au tubercule quadrijumeau antérieur.

Ce système, confondu chez les animaux, et l'homme jusqu'à la fin de sa première année, avec le locus caeruleus, s'individualise ensuite, conservant son aspect primitif pendant qu'une formation à pigment noir se réalise.

Ces cellules, parmi les plus grandes du tissu nerveux, constantes chez les vertébrés, offrent un développement ontogénique antérieur à celui des cellules pyramidales. Elles sont lésées dans les syndromes mentaux graves du type avitaminosique. Leur nature végétative, prouvée par la cytologie, exclut leur participation, jadis affirmée, aux origines réelles de la branche motrice du trijumeau.

Considérations sur les paralysies oculaires de fonctions. Des paralysies de fonctions binoculaires du type vestibulaire, des paralysies de fonctions monoculaires, par M. Gaëtan JAVLE (de Marseille).

M. LECONTE.

Société Française de Psychologie

Séance du Jeudi 11 Juin 1936

Présidence : M. GUILLAUME, président

Sur l'analyse des actes chez l'homme et sur le niveau humain,
par M. MEYERSON.

Le but de l'auteur est de préciser la notion de comportement appliquée à l'homme. L'analyse des actes de l'homme met en lumière un certain nombre de caractères spécifiques ; ce sont : 1) le caractère systématique des actes, c'est-à-dire leur ordination en série ; 2) leur caractère normatif, c'est-à-dire leur aptitude à être apprécié par rapport à des valeurs ; 3) leur caractère conventionnel ; 4) l'appréhension ou le souci des formes ; 5) leur caractère significatif ou symbolique. Au total, les actes de l'homme répondent au même niveau humain que le langage, mais l'étude en reste relativement globale et syncrétique, en deça des possibilités de la linguistique.

D. L.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 23 Mai 1936

Présidence : M. VERMEYLEN, président

Glossolalie, par MM. P. DIVRY et VASSART.

Présentation d'un malade de 42 ans dont l'affection a débuté à 26 ans par un état dépressif avec idées délirantes polymorphes d'empoisonnement et d'influence. Plus tard, sont survenues des stéréotypies motrices et verbales, des impulsions.

Très progressivement on a vu apparaître d'abord des déformations de mots puis des néologismes, qui sont devenus de plus en plus fréquents, pour aboutir actuellement à un langage très particulier dans lequel on ne reconnaît plus que certaines racines à côté d'expressions totalement nouvelles et qui constitue une sorte de paraphasie littérale. La compréhension du langage oral est conservée et la mimique paraît montrer qu'il existe dans les réponses une certaine coordination idéo-verbale. Le trouble est le même dans l'écriture spontanée, mais un texte dicté ou copié est écrit correctement.

Les auteurs discutent la question de la parenté de ces troubles du langage avec les troubles aphasiques par lésions en foyer, et celle de la terminologie. Ils pensent que le terme de glossolalie, proposé par Flournoy, est celui qui s'applique le mieux à ces cas.

Syndrome frontal traumatique, par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.

Présentation d'un malade dont l'hérédité est lourdement tarée et qui se comportait depuis de nombreuses années comme un déséquilibré impulsif, instable, avec nombreuses bizarreries du comportement survenant par crises. A la suite de dettes de jeu, il fit récemment une tentative de suicide en se tirant un coup de revolver dans la région frontale droite ; la balle est sortie du côté gauche, réalisant une lésion bilatérale et symétrique de la partie supérieure des deux lobes frontaux. Depuis cette époque, l'état mental est caractérisé par de l'euphorie puérile avec tendances à la plaisanterie, une indifférence complète à sa situation et à son avenir ainsi qu'au sort de sa famille, des troubles de l'attention volontaire et du sens moral, à côté d'une conservation relative des autres processus psychiques. Il n'existe pas de troubles de la coordination des mouvements. Les auteurs

communiquent les résultats de diverses épreuves : dextérimétrie, temps de réaction et d'association, réflexe psycho-galvanique.

*
**

La fin de la séance a été consacrée à une manifestation en l'honneur de MM. SANO, MEEUS, MASSAUT et Van ENGELAND, qui, atteints par la limite d'âge, ont quitté récemment leurs fonctions dans les établissements pour malades mentaux.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 23 Mai 1936

Présidence : M. ENDERLÉ, président

Epilepsie — myoclonie, par MM. J. HEERNU et L. MASSION-VERNIORY.

Présentation d'un jeune homme de 19 ans dans l'hérédité duquel on trouve un syndrome adipo-génital chez deux frères et de l'épilepsie chez un oncle paternel. Le malade souffre de crises comitiales depuis plusieurs années. Il présente actuellement des secousses myocloniques très intenses, qui s'exagèrent au moment de la mise en train des mouvements.

Les divers examens — sang, liquide céphalo-rachidien, ventriculographie — ont fourni des résultats normaux.

La présentation est complétée par la projection d'un film concernant un syndrome analogue observé chez deux sœurs, issues d'une union consanguine et dans l'hérédité desquelles on relève des cas d'alcoolisme.

A propos des réagines syphilitiques du liquide ventriculaire et lombaire, par MM. B. DUJARDIN et P. MARTIN.

Poursuivant leurs recherches antérieures, les auteurs ont pu examiner simultanément dans deux nouveaux cas le liquide ventriculaire et le liquide lombaire. Dans un cas de paralysie générale les réactions étaient positives dans les deux liquides, tandis que dans la syphilis cérébrale le liquide ventriculaire reste négatif. Il existerait donc une différence essentielle — qui est encore à vérifier — entre la paralysie générale, syphilis généralisée entraînant une perméabilité choroïdienne, et la syphilis cérébro-spinale, affection locale, artério-méningée, avec intégrité des plexus choroïdes, et par conséquent absence de réagines dans le liquide ventriculaire.

Note sur la modification du pH urinaire sous l'influence de la douleur chez l'homme, par MM. R. NYSSSEN et J. BEERENS.

Dans le but de vérifier l'opinion d'après laquelle la chute du pH urinaire pourrait constituer un critère de la douleur, les auteurs ont fait des recherches chez dix sujets peu émotifs après étude des variations normales de leur pH urinaire. Ils concluent qu'une douleur vive de 2 minutes (par forcipression de la région unguéale) n'est pas capable de modifier les courbes des variations physiologiques du pH urinaire.

Hémorragie protubérantielle et artérite gommeuse, par M. LEROY.

Etude anatomo-clinique du cas d'une femme de 42 ans qui à la suite d'un traumatisme occipital présentait une hémiparésie gauche progressive avec hypertonie et troubles sensitifs, troubles légers des mouvements oculaires et ptosis de la paupière gauche. L'examen anatomique révélait l'existence de deux foyers hémorragiques dans la protubérance, d'une suffusion hémorragique dans la région occipitale gauche et de lacunes dans les noyaux lenticulaires.

Ces lésions correspondaient histologiquement à des altérations vasculaires disséminées d'artérite syphilitique. L'auteur discute le rôle du traumatisme au point de vue médico-légal.

Méningiome de la base avec troubles démentiels prédominants, par MM. H. BAONVILLE, P. DIVRY et J. TITECA.

Etude anatomo-clinique du cas d'une femme de 62 ans qui avait présenté depuis 7 ans trois crises épileptiformes, et chez laquelle s'était développé un syndrome démentiel lentement progressif avec troubles aphasiques atypiques, erreurs dans les actes professionnels, dépenses inconsidérées. À part une parésie faciale droite intermittente, l'examen neurologique était négatif, et l'hypothèse d'une atrophie corticale pouvait être envisagée. À la ventriculographie directe le ventricule gauche ne put être trouvé.

Il s'agissait d'un énorme méningiome de la base du cerveau qui avait refoulé les lobes frontal et temporal du côté gauche. Le cortex était intact. L'intérêt du cas réside dans la pauvreté de la symptomatologie neurologique malgré une grosse compression de tout le cerveau antérieur.

Méningiome intraventriculaire, par M. R. LEY.

Il s'agit d'une femme de 65 ans qui présentait des troubles démentiels progressifs sans aucune symptomatologie neurologique à part une anisocorie. Les examens sérologiques étaient négatifs. L'affection évolua comme une démence organique, et on découvrit à l'autopsie un méningiome bien encapsulé dans la corne occipitale droite. Le cortex était exempt de lésions séniles.

Ces tumeurs intraventriculaires sont rares ; il en existe 42 cas décrits dans la littérature et Dandy a signalé de nombreux succès opératoires. La ventriculographie aurait permis le diagnostic.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XV^e Réunion Neurologique Internationale annuelle

Paris 26-27 mai 1936

Présidence : M. TINEL

Le Programme de la réunion comportait :

1° Les rapports de MM. RISER (de Toulouse), VILLARET, ALAJOUANINE et THUREL (de Paris), Egaz MONIZ (de Lisbonne), sur *la circulation cérébrale*.

2° L'exposé des Travaux du Fonds Déjerine sur « *L'anatomie de la moelle épinière en coupe longitudinale* », par M. LARUELLE (de Bruxelles) ; « *les chiens sans moelle du Professeur Hermann* », par M. DECHAUME (de Lyon).

3° L'exposé des Travaux du Fonds Babinski : « *Le syndrome pyramidal déficitaire* », par M. BARRÉ (de Strasbourg) ; « *Le syndrome adiposo-génital* », par MM. DAVID et PUECH.

Les séances ont eu lieu à la Salpêtrière. Les Présidents étaient : M. Egaz MONIZ (de Lisbonne) ; Sir James PURVES STEWART (de Londres) ; MM. LARUELLE (de Bruxelles) ; AYALA (de Pise) ; BING (de Bâle) ; NISSL, Von MAYENDORF (de Leipzig) ; DUBOIS (de Berne) ; FROMENT (de Lyon).

PREMIER RAPPORT

La circulation cérébrale, par M. RISER, professeur de clinique neurologique à la Faculté de Médecine de Toulouse (avec la collaboration de MM. BECO, COUADEAU, MÉRIEL, PLOQUES et M^{lles} COURBEFORT et LAVITRY).

Généralités. — Les échanges de toutes sortes se produisent sans intermédiaires entre l'endothélium vasculaire et le milieu humoral interstitiel. La substance nerveuse n'échappe pas à cette loi générale ; particulièrement

différenciée, particulièrement fragile, elle supporte mal l'ischémie et pendant peu de temps ; les éléments cellulaires fondamentaux ne se renouvellent guère. Dans ces conditions, l'importance d'une circulation sanguine cérébrale abondante et surtout régulière n'échappe pas. Ce sont les deux bases fondamentales du problème à traiter.

Première partie. — Le cerveau dans la boîte crânienne. Anatomie générale d'ensemble.

Une vue d'ensemble permet de constater que :

- a) Les centres nerveux sont maintenus suspendus dans le liquide céphalo-rachidien.
- b) A l'état physiologique, le volume du liquide céphalo-rachidien est très peu variable pour chaque sujet.
- c) La distribution artérielle est fournie par deux sources importantes provenant des systèmes carotidien et vertébral. Les dispositifs veineux et artériel du cerveau diffèrent essentiellement.
- d) La structure des artères cérébrales ne présente rien de particulier.
- e) L'étude de l'innervation méningo-vasculaire montre qu'il existe un riche réseau nerveux arachnoïdien péri et intra-vasculaire, superficiel et profond, de connexions mal connues.

Deuxième partie. — Les techniques d'étude de la circulation cérébrale sont nombreuses et l'auteur en rappelle les diverses caractéristiques. Elles portent notamment sur la mesure globale du volume. En ce qui la concerne, deux méthodes d'application sont utilisées : le pouls cérébral et les courbes pléthysmographiques et de pression de perfusion. L'auteur, avec Becq, a recours à une technique personnelle de circulation cérébrale réduite et égalisée.

Quant à l'examen direct des vaisseaux cérébraux, qui se pratique à l'air libre ou mieux avec hublot, l'auteur utilise pour ce faire, une technique par laquelle la dure-mère n'est pas ouverte, mais rendue transparente à l'aide de coagulène Ciba.

Troisième partie. — Débit sanguin cérébral et ses facteurs.

Ce sont :

- 1° La pression à peu près constante du liquide céphalo-rachidien.
 - 2° La suspension des centres nerveux dans le liquide céphalo-rachidien.
 - 3° Le nombre et l'importance des voies d'apport.
 - 4° Le volume, la pression et la vitesse du sang expulsé par le ventricule gauche à chaque systole.
 - 5° L'influence de la masse du sang.
- Une saignée de 1/5^e au moins diminue en quelques instants le contenu intra-cranio-rachidien et, partant, la tension du liquide.
- 6° L'influence de la pression veineuse générale et par conséquent jugulaire sur le volume du cerveau.
 - 7° L'influence de la fréquence cardiaque, qui est nulle sur le volume cérébral, mais importante sur le débit sanguin.
 - 8° L'influence de la tension artérielle, peu marquée sur le volume, mais énormément sur le débit.
 - 9° La vitesse de la circulation cérébrale.

C'est un facteur important. En une seconde, le réactif test introduit dans la carotide primitive est retrouvé dans un sinus veineux, ainsi que le montre la méthode d'Egaz Moniz.

10° Le calibre des vaisseaux. Il n'intervient pas autant qu'on pourrait le supposer. L'augmentation de la vitesse du sang pourra empêcher une diminution du débit à l'endroit rétréci.

Le débit sanguin peut être évalué à 100 cc. par minute et pour 100 gr. de cerveau.

Les rapports hydro-dynamiques généraux dans la boîte crânienne sont régis assez étroitement par un certain nombre de lois que la célèbre doctrine de Monro-Kellie-Burrows n'englobe pas entièrement.

Cette doctrine est basée sur :

— L'inextensibilité de la boîte cranio-vertébrale.

— La proportion constante entre le liquide céphalo-rachidien et le sang intra-cranien, artériel et veineux.

Les centres nerveux échappent à la pression atmosphérique et le tissu nerveux lui-même est incompressible. L'élément élastique à l'état physiologique existe, mais minime, constitué essentiellement par le système veineux, comme l'a montré Weed et ses collaborateurs. La loi de Monro-Kellie-Burrows est loin d'être rigoureusement vraie.

Quatrième partie. — Les vasomoteurs cérébraux.

La vasomotilité des vaisseaux cérébraux et de l'artère centrale de la rétine est très particulière.

a) Les artères cérébrales, tout comme les artères périphériques, sont sensibles au froid, au contact irritant et au courant faradique et répondent par un spasme intense.

b) Dans l'état actuel des choses, l'ablation du sympathique cervical ne modifie pas les propriétés fondamentales, et en particulier l'indifférence, la quasi-inexcitabilité des artères cérébrales et rétiniennes à l'égard de l'adrénaline. L'excitation faradique du ganglion cervical supérieur, parfaitement isolé, ne détermine pas de vaso-constriction appréciable des artères cérébro-méningées, ni de l'artère centrale de la rétine.

Circulation cérébrale et adrénaline. — L'action de l'adrénaline demeure très contestée bien que la majorité des auteurs admette une action nette de la drogue sur les vaisseaux cérébraux. Le Rapporteur a pris une position différente.

L'adrénaline introduite à haute dose au contact direct du bulbe chez le sujet vivant et non endormi, ne détermine pas de constriction des vaisseaux, suffisamment importante pour déterminer le moindre trouble fonctionnel. L'action locale de l'adrénaline sur les artères piales est extrêmement faible, contrairement à ce qu'admettent Forbes et Wolf.

Par voie intra-veineuse ou carotidienne, l'adrénaline est absolument inefficace.

Adrénaline et volume cérébral. — Dans les expériences du rapporteur, faites avec Becq, dans lesquelles les circulations artérielle et veineuse crâniennes étaient égalisées, l'adrénaline n'a pas provoqué une contraction des vaisseaux cérébraux, traduite par un abaissement du volume cérébral.

Il est cependant possible de dire : les portions extra-crâniennes des carotides internes, des vertébrales sont plus sensibles à l'adrénaline que les artères du cercle de Willis, et celui-ci est plus sensible que les branches émettrices, nourricières.

L'action véritable de l'adrénaline est très peu marquée sur l'ensemble des vaisseaux cérébraux.

Circulation cérébrale et parasympathique. — Forbes admet l'action vasodilatatrice du vague, du sinus carotidien. L'auteur la nie. Par contre, il admet l'action vaso-dilatatrice élective de l'acide carbonique, du nitrite d'amyle, de l'acétylcholine, de l'histamine, mais elle est minime. L'appareil régulateur n'est pas cérébral car la circulation, le débit sont peu changés par l'énervement total de la tête, pharmacodynamique et chirurgical combiné.

Cinquième partie. — Les mécanismes régulateurs du débit cérébral proprement dit.

L'excitation mécanique ou électrique du sinus diminue dans tous les cas la pression crânienne globale, en même temps que la pression artérielle, mais non le calibre artériel des vaisseaux d'une manière sensible et constante.

La question des compensations circulatoires du débit (en dehors des anastomoses, bien entendu) est d'un extrême intérêt : la suppression d'une carotide, d'une vertébrale, est compensée par une augmentation du débit de 80 à 100 % dans l'autre artère homologuée, quelle que soit la pression générale.

De nombreuses actions hormonales et pharmacodynamiques s'exercent sur l'appareil sino-carotidien.

Les variations du rapport O/CO^2 sont d'une particulière importance et bien approfondis ; toutes ces substances, incapables d'agir directement sur les vaisseaux cérébraux, peuvent avoir cependant une influence indirecte sur la circulation cérébrale en modifiant tout d'abord l'appareil sino-carotidien.

Toutes les circulations locales, périphériques et viscérales, subissent un certain nombre d'influences susceptibles de faire varier beaucoup le débit sanguin.

Les artères périphériques sont particulièrement sensibles pour deux raisons : importance du système sympathique vaso-constricteur et susceptibilité à subir les modifications externes. Les artères viscérales échappent bien plus facilement à ces dernières.

Les vaisseaux artériels du cerveau, du cœur, des poumons, de l'œil, sont, à l'état physiologique, particulièrement inaptes au spasme ; sur eux, les excitations sympathiques sont à peu près sans action.

La régulation du débit cérébral ne se fera guère par l'intermédiaire d'un système vaso-moteur différencié et spécifique ; exception paraît devoir être faite pour quelques hormones vaso-dilatatrices de CO^2 . Elle subira des influences passives, d'ordre circulatoire général, bien corrigés, du fait de la situation du cerveau, dans une boîte rigide, avec un élément d'élasticité réduit, constitué, avant tout, par le système veineux.

Une régulation très ajustée de tous ces éléments, semble être assurée par l'appareil sino-carotidien et le jeu des compensations. Toutes les recherches modernes ne doivent pas faire oublier que le facteur essentiel de la circulation cérébrale est peut-être, tout simplement le ventricule gauche et des voies d'apport au parenchyme très nombreuses, assurant un large excédent de débit, à l'état physiologique et dans nombre de circonstances pathologiques.

DEUXIÈME RAPPORT

Physiologie de la vasomotricité cérébrale,

par MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, S. DE SÈZE et R. CACHERA.

1) L'étude expérimentale de la vasomotricité cérébrale apprend que le calibre des vaisseaux du cerveau obéit, à l'état normal, à trois groupes d'influences :

Influences mécaniques, influences chimiques, influences nerveuses.

1° Les *influences mécaniques* représentent un facteur essentiel de la régulation du calibre vasculaire cérébral. Si les variations de la pression veineuse et celles de la pression céphalo-rachidienne n'interviennent que si elles sont très considérables, les variations de la pression artérielle générale retentissent avec efficacité.

Toute hypertension carotidienne, en effet, dilate les vaisseaux cérébraux, tandis que l'hypotension carotidienne les resserre, et ces variations de pression, même quand elles ne dépassent pas les limites physiologiques, font varier davantage le diamètre des vaisseaux du cerveau que n'importe quelle influence d'ordre chimique et d'ordre nerveux. Ce rôle prééminent des influences hydrodynamiques comporte, d'ailleurs, un appareil auto-régulateur ; son rôle est, d'une part, de répondre à toute hypertension intra-carotidienne par une vaso-dilatation hypotensive générale, à toute hypotension intra-carotidienne par une vaso-constriction hypertensive générale.

2° L'influence manifeste exercée sur le calibre des vaisseaux cérébraux par mainte substance chimique, appliquée localement ou injectée dans le courant sanguin, donne à penser que la *composition chimique du sang* joue un rôle très important dans le contrôle vasomoteur de la circulation cérébrale.

L'augmentation de la teneur du sang en anhydride carbonique, en esters de la choline, en histamine, joue un rôle dans les processus de vasodilatation cérébrale ; l'adrénaline et, tout au moins, certaines hormones post-hypophysaires exercent sur les vaisseaux cérébraux, lorsqu'elles arrivent au contact de leur paroi, une influence vaso-constrictive. Mais, en réalité, l'action de ces substances est plus complexe, parce que les effets cardiovasculaires généraux qu'elles déclenchent produisent des perturbations hydrodynamiques qui agissent en sens inverse de leur action vaso-constrictive.

La concentration ionique des humeurs, les variations de l'équilibre acide-base ne sont pas étrangères au contrôle exercé chimiquement par le sang sur le calibre des vaisseaux cérébraux. Mais les expériences réalisées sur ce sujet ne semblent pas permettre encore d'estimer avec certitude l'importance de ce facteur.

Il est intéressant de noter, à propos de ces influences chimiques, que nombre d'agents pharmacodynamiques dont la thérapeutique fait journellement usage, sont doués d'une influence nette et définie sur le calibre des artérioles cérébrales. Il est remarquable toutefois que peu de corps possèdent une action vaso-constrictive, réellement objective, tandis que l'effet vaso-dilatateur de l'acétylcholine, du nitrite d'amyle, de la papavérine, de la caféine dans certaines conditions, de l'éther et de certains dérivés barbituriques est indiscutable.

3° Contrairement à la théorie de Roy et de Sherrington, reprise par Bayliss, Hill et Macleod, et, après eux, par d'autres auteurs, il semble actuellement établi que la vasomotricité cérébrale est soumise à un *contrôle nerveux*. Rendu vraisemblable, mais seulement vraisemblable, par la découverte des riches plexus entourant les vaisseaux cérébraux, l'existence d'un contrôle nerveux vasomoteur, s'exerçant sur le calibre vasculaire cérébral, repose actuellement sur des bases expérimentales précises.

Les nerfs sino-carotidiens jouent, comme nous l'avons vu, un rôle capital dans la surveillance du calibre vasculaire cérébral ; mais les variations de calibre qui dépendent du nerf de Hering sont principalement des modifications passives, créées mécaniquement par les changements de la pression artérielle. Cependant, les nerfs sino-carotidiens exercent aussi, accessoirement, sur les nerfs vaso-moteurs cérébraux, une influence directe, dont l'effet semble être de réduire dans une certaine mesure les effets passifs dont il vient d'être question.

Il nous paraît qu'à côté du rôle joué par les nerfs vaso-sensibles issus de la zone carotidienne et de la région aortique, il y aurait intérêt à approfondir le rôle joué par les nerfs vaso-sensibles qui entourent les vaisseaux cérébraux.

II) En dépit de la triple série d'influences auquel il est réellement sensible, on doit remarquer que le calibre des vaisseaux cérébraux se montre doué, dans les conditions expérimentales, d'une remarquable stabilité.

S'il est relativement aisé de déterminer une vaso-dilatation cérébrale, il est toujours très difficile de réaliser expérimentalement une vaso-constriction du cerveau. Encore faut-il remarquer que ces difficultés sont inégales, selon qu'on s'adresse aux excitants mécaniques, chimiques ou nerveux.

Il est relativement *aisé* d'obtenir un resserrement *mécanique* passif du calibre des vaisseaux, en déterminant une chute brutale de la pression artérielle.

Il est *plus difficile* de réaliser une constriction vasculaire cérébrale d'origine *chimique*. Les substances capables de déterminer une vaso-constriction du cerveau sont en très petit nombre, et cette vaso-constriction est le plus souvent très faible.

Il est *très difficile* de produire une vaso-constriction franche, d'origine *nerveuse*.

Ce remarquable pouvoir de résistance des vaisseaux cérébraux à l'égard des incitations constrictrices d'ordre chimique et surtout d'ordre nerveux, suggère un certain nombre de réflexions :

1° La première concerne le fonctionnement général du contrôle vasomoteur cérébral ; les considérations que nous venons de développer conduisent à supposer qu'il existe une sorte de *hiérarchie entre les différents mécanismes contrôleurs*.

Dans la régulation du calibre vasculaire cérébral, le rôle essentiel paraît bien assuré par les facteurs *mécaniques*. Le calibre des vaisseaux cérébraux obéit principalement aux variations de la pression artérielle générale, automatiquement déclanchées par les réactions tensionnelles compensatrices qui sont automatiquement déclanchées par l'excitation ou par la freination des nerfs dépresseurs issus des zones vaso-sensibles et, plus spécialement, du sinus carotidien.

A l'opposé, l'influence du contrôle vasomoteur exercé par les facteurs *nerveux* semble très réduite, du moins si l'on envisage l'importance quanti-

tative des variations de calibre qu'ils se montrent capables de réaliser. Si l'ablation du sympathique cervical détermine une vaso-dilatation franche, l'excitation du même tronc nerveux n'entraîne qu'une vaso-constriction cérébrale infime. Cette expérience semble indiquer que le rôle principal des nerfs vaso-moteurs cérébraux — essentiellement négatif — est de maintenir le tonus des vaisseaux cérébraux, pour leur permettre de reprendre leur volume primitif, lorsqu'ils ont été dilatés.

Que l'importance de la vaso-constriction nerveuse soit pratiquement négligeable, il ne s'ensuit pas, d'ailleurs, qu'elle ne puisse être qualitativement très importante. Quelle que soit l'exiguïté des limites entre lesquelles elle peut jouer, la vaso-constriction nerveuse est peut-être seule capable de s'exercer avec la précision nécessaire, pour réaliser à chaque instant le réajustement du diamètre des vaisseaux cérébraux aux besoins toujours changeants de la circulation cérébrale.

2° Si les vaisseaux du cerveau échappent en grande partie à l'action des influences chimiques ou nerveuses qui modifient si considérablement le calibre des autres vaisseaux, les raisons de cette exceptionnelle stabilité ne sont pas encore nettement élucidées.

Il est entendu que nous ne considérons pas comme des explications les considérations finalistes que l'on a souvent développées à propos de ce régime d'exception auquel sont soumis les vaisseaux cérébraux. On n'a pas expliqué la stabilité de leur calibre quand on a dit qu'elle est nécessaire à la sauvegarde des fonctions essentielles du cerveau.

Ce qu'il est intéressant de rechercher, ce n'est pas ce but finaliste, mais le substratum physiologique de cette singulière inertie des vaisseaux cérébraux.

Pour Tinel et Ungar, qui se sont attachés tout particulièrement à la solution de ce problème, cette inertie ne serait qu'une apparence due à l'action vigilante d'un mécanisme régulateur. Selon ces auteurs, il suffirait, pour obtenir une vaso-constriction adrénalinique franche au niveau des artères cérébrales, de préparer l'animal, soit par l'injection préalable d'une substance sympatholytique (tartrate d'ergotamine, chlorhydrate d'yohimbine, choc peptonique), soit par l'extirpation du ganglion sympathique cervical supérieur. Ils tirent de leur expérience cette conclusion : que le sympathique, en dépit de son action vaso-constrictive, exerce sur les nerfs vaso-constricteurs cérébraux une action inhibitrice qui les empêche de répondre par une constriction franche à l'action de l'adrénaline.

Ainsi, d'après Tinel, l'hypo-excitabilité des artères cérébrales ne serait, en somme, qu'une excitabilité normale freinée et masquée par l'intervention opportune d'un mécanisme régulateur complexe.

L'avenir dira ce qu'il faut retenir de cette séduisante conception. Tinel opérait chez le lapin. Riser, Becq et Couadeau n'ont pas constaté, chez le chien, que l'injection préalable d'yohimbine ou de tartrate d'ergotamine augmentât le pouvoir vaso-constricteur de l'adrénaline. Nous-mêmes, en accord avec les expériences de Bouckaert et Jourdan, avons obtenu chez le chien yohimbinisé une vaso-dilatation adrénalinique nette.

La question appelle donc de nouvelles recherches.

3° Reste à concevoir comment la stabilité physiologique du calibre des vaisseaux cérébraux, — quel qu'en soit le mécanisme, — peut être conciliée avec l'importance si considérable que les cliniciens ont accordée aux phénomènes vasomoteurs, et notamment aux processus angioplastiques dans

la pathologie nerveuse. Les auteurs n'envisagent ensuite qu'une seule question : placé entre les observations des physiologistes, qui les conduisent à considérer le calibre des vaisseaux cérébraux comme très efficacement défendu contre tous les agents habituels de la vaso-constriction, et les observations des cliniciens, qui les amènent à ouvrir, dans la pathologie nerveuse, un chapitre nouveau consacré aux spasmes vasculaires cérébraux, le médecin doit-il se borner à constater les divergences d'opinions ? Il nous semble qu'il doit, au contraire, tourner toute son attention vers certaines remarques où il trouvera peut-être l'amorce d'une conciliation.

a) Il faut d'abord remarquer qu'en raison de son métabolisme très actif, le parenchyme nerveux est beaucoup plus sensible que tout autre à l'anoxémie, en sorte que de très faibles variations du calibre vasculaire, entraînant une très faible réduction de l'apport sanguin, peuvent, lorsqu'elles intéressent les vaisseaux cérébraux, produire des désordres fonctionnels et même anatomiques aussi importants que le ferait, ailleurs, une diminution massive du courant circulatoire. La régularité du débit cérébral est peut-être plus apparente que réelle.

b) Une autre interprétation pourrait être dégagée des travaux de Tinel, pour qui l'hypoexcitabilité des artères cérébrales ne serait qu'une excitabilité normale réfrénée par un mécanisme régulateur complexe. S'il se confirmait que la discipline vaso-motrice du cerveau n'est assurée que par la vigilance constante d'un appareil de contrôle, il deviendrait aisé de comprendre qu'il puisse suffire d'une défaillance accidentelle de cet appareil, d'un relâchement momentané de ce contrôle, pour que puissent éclater les accidents angiospastiques. On comprendrait ainsi que, dans certaines conditions pathologiques (lésions vasculaires locales, rupture acquise ou constitutionnelle de l'équilibre nerveux végétatif), le calibre des vaisseaux cérébraux puisse être dangereusement affecté par les mêmes influences, mécaniques, nerveuses ou humorales, contre lesquelles il est habituellement protégé.

c) Une dernière remarque est suggérée par la facilité avec laquelle on peut déterminer des spasmes localisés intenses des artérioles cérébrales en excitant localement la paroi de ces artères par un simple attouchement mécanique.

Cette expérience donne à penser que, si la régularité du débit cérébral est assurée tant que les artères du cerveau sont saines, il n'en va peut-être plus de même lorsqu'un de ces vaisseaux subit une altération locale capable d'exciter les filets nerveux compris dans ses parois.

Si l'on veut essayer de penser physiologiquement, il est difficile d'imaginer qu'un spasme généralisé de toutes les artères cérébrales puisse survenir du fait d'une perturbation nerveuse ou humorale : du moins, l'expérimentation ne nous fournit pas l'équivalent, même lointain, d'un pareil phénomène. Mais on peut concevoir qu'une lésion locale puisse jouer, sur une artère, le rôle d'irritant mécanique, et créer tout au moins une condition favorable à l'apparition d'un angiospasme localisé.

Or, c'est bien vers une conception de ce genre que nous oriente l'observation du malade. Les faits cliniques qui portent le plus nettement la marque du spasme vasculaire sont des syndromes de déficit localisé, relevant le plus souvent de l'atteinte d'un territoire vasculaire très limité. Quant à la lésion locale — lésion d'artérite partiellement sténosante, — nous la retrouverons signalée avec une extrême fréquence dans les observations où le contrôle anatomique a été possible.

TROISIÈME RAPPORT

Pathologie de la circulation cérébrale, par Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

Première partie : Les lésions des vaisseaux cérébraux et leur retentissement sur le cerveau.

Il existe deux ordres de lésions, souvent associées, ou la conséquence l'une de l'autre.

I. *Déficit circulatoire par lésions des vaisseaux cérébraux.* — A) *Déficit circulatoire d'origine artérielle.* — L'embolie et la thrombose donnent lieu à un syndrome focal, les lésions artério-scléreuses à des atteintes diffuses parcellaires.

1° *Rappel anatomo-clinique.* a) *Syndromes vasculaires localisés.* — Le ramollissement n'occupe pas la totalité du territoire de l'artère lésée, ce qui doit être attribué à une circulation de suppléance.

Les auteurs attirent l'attention sur l'intégrité des couches superficielles du cortex, qu'ils expliquent par leur autonomie circulatoire. Toutefois, on peut observer à leur niveau des troubles circulatoires réflexes.

Chaque syndrome vasculaire localisé se traduit par un groupement symptomatique propre, mais l'évolution est commune à tous : début brusque, évolution rapide vers la mort ou la régression partielle.

b) *Artério-sclérose cérébrale diffuse.* — Elle s'oppose aux syndromes précédents par ses lésions diffuses et parcellaires, son évolution progressive et insidieuse. L'affaiblissement des fonctions cérébrales porte d'abord sur l'affectivité, puis sur les fonctions intellectuelles. Les troubles de la miction sont précoces. Les troubles moteurs sont plus longtemps latents.

Schématiquement, les deux ordres de lésions s'opposent ; en réalité, ils coexistent souvent.

2° *Etude physio-pathologique.* — L'action de la lésion artérielle, thrombose ou embolie, n'est pas uniquement mécanique ; il s'y surajoute un facteur fonctionnel.

a) *Facteur organique.* — Il ne peut suffire à lui seul, les artères n'étant pas terminales et les faits ne cadrant pas avec cette théorie, soit que des lésions avec obstacle mécanique marqué ne s'accompagnent pas de ramollissement, soit que des ramollissements coïncident avec des lésions discrètes ; il ne rend pas compte non plus d'accidents tels que l'ictus, en particulier survenant lors d'une thrombose lentement progressive.

b) *Facteur fonctionnel.* — Il joue un rôle important en empêchant le fonctionnement compensateur de la circulation anastomotique.

1° *Troubles vaso-moteurs de la circulation cérébrale.* — Déclanchés par les lésions artérielles, ils consistent en une *vaso-dilatation paralytique* du système capillaro-veineux (consécutif au choc vasculaire), d'où gêne de la circulation de retour et *stase*. Les constatations anatomiques montrent en effet les petits vaisseaux dilatés, une infiltration du parenchyme voisin, allant de la simple extravasation des hématies jusqu'à l'hémorragie massive. Ces hémorragies sont secondaires à la stase.

Au contraire, la *vaso-constriction avec ischémie* par spasme réflexe, ne joue qu'un rôle hypothétique dans la pathogénie du ramollissement. Il est d'ailleurs difficile d'admettre l'existence d'un spasme, et d'un spasme assez

durable pour causer la mort anatomique des tissus correspondants, sur une artère rigide d'artério-scléreux. Les arguments cliniques paraissant en faveur du spasme sont tous discutables.

2° *Perturbations de la tension artérielle générale.* — La circulation cérébrale, déjà déficiente du fait des lésions artérielles, subit le contre-coup des perturbations de la tension artérielle générale.

a) *Poussée d'hypertension artérielle.* — Elle peut déclencher une vasodilatation paralytique, et par ce mécanisme, aboutir à l'apoplexie cérébrale.

b) *Chute de la tension artérielle.* — Elle ne permet plus qu'un débit circulatoire insuffisant à travers des artères rétrécies et sclérosées. Elle peut ainsi extérioriser une oblitération jusque-là bien tolérée. Si elle est de courte durée, les troubles seront momentanés (réalisant vraisemblablement la claudication intermittente cérébrale). Si elle se prolonge, elle aboutit au ramollissement, probablement indirectement en favorisant la production d'une thrombose. Ces chutes tensionnelles sont d'étiologie variable : cardio-vasculaire, diminution de la masse sanguine (en particulier par saignées).

B) *Déficit circulatoire d'origine veineuse.* — Ici encore, l'obstacle mécanique est insuffisant à expliquer les faits observés. Il s'y surajoute une vasodilatation paralytique avec stase, prédominant dans certains territoires, d'où production de multiples petits foyers hémorragiques. Cette notion rend compte de la variabilité des accidents observés.

II. Hémorragies cérébrales et œdème aigu cérébro-méningé.

Ces deux lésions sont fréquemment associées.

A) *Hémorragies cérébrales.* — Sa pathogénie est encore discutée. Certains l'attribuent encore à une rupture vasculaire. Cette éventualité est en réalité rare, et le plus souvent l'hémorragie cérébrale est une lésion secondaire, conséquence de la vasodilatation de la stase.

1° *Hémorragies cérébrales post-apoplectiques.* — Il peut s'agir de petites hémorragies par diapédèse à travers la paroi vasculaire, ou de grande hémorragie par rupture vasculaire secondaire, probablement veineuse.

L'hémorragie post-apoplectique précoce, survenant avant le ramollissement, est abondante, massive, rapidement mortelle.

L'hémorragie post-apoplectique tardive, survenant dans un ramollissement déjà constitué, est formée de multiples petites suffusions hémorragiques périvasculaires.

Ces hémorragies relèvent d'embolies, de thromboses, ou de poussées hypertensives, qui agissent par l'intermédiaire d'une vasodilatation paralytique.

2° *Hémorragie par rupture vasculaire.* — Elles sont rares, la rupture qui semble provoquée par une poussée hypertensive, siège en général sur une artère extra-cérébrale. Le tableau rappelle celui d'une tumeur cérébrale.

B) *Œdème aigu cérébro-méningé.* — L'œdème aigu isolé diffère de l'apoplexie par ses prodromes, son installation progressive, la régression complète. Son mécanisme est mal élucidé, les poussées hypertensives jouent un rôle certain.

Déductions thérapeutiques. — Les troubles circulatoires fonctionnels, contrairement aux lésions vasculaires constituées, sont accessibles au traitement dans une certaine mesure.

Dans l'apoplexie cérébrale, on devra se borner à prévenir les complications, à maintenir la tension artérielle au taux habituel du malade. Les

vaso-dilatateurs semblent agir par leur action sur les vaisseaux anastomotiques.

L'hémorragie cérébrale post-apoplectique est rapidement mortelle. Par contre, l'hématome cérébral est justiciable d'une intervention. L'œdème aigu cérébro-méningé nécessite saignée et ponction lombaire.

Deuxième partie. — Les désordres dynamiques de la circulation cérébrale.

I. Le retentissement cérébral des perturbations de la circulation générale. — Il ne s'observe qu'un cas de perturbation importante de la circulation générale. Il se fait sur l'ensemble de la circulation cérébrale et se traduit par la suppression des fonctions cérébrales, réalisant suivant le degré l'absence, l'attaque statique, la syncope.

Le déficit circulatoire peut relever de causes diverses (cardiaque, affaïssissement de la tension artérielle). Parfois, les accidents sont plus marqués que ne le comportait l'importance des troubles de la circulation générale. On fait alors intervenir des troubles vaso-moteurs surajoutés (Stokes-Adam).

II. Les troubles vaso-moteurs cérébraux. — A) Epilepsie. — Quand elle se produit en dehors de perturbation de la circulation générale, elle ne peut s'expliquer que par des troubles vaso-moteurs cérébraux. Le début de la crise semble relever d'un arrêt circulatoire, conséquence d'une stase par vaso-dilatation paralytique. Aux phases toniques et cloniques existe une congestion passive du cerveau. Les paralysies post-épileptiques relèvent probablement d'une ischémie par spasme artériel.

B) Céphalées. — La plupart relèvent de troubles vaso-moteurs de la circulation cérébro-méningée.

1) Migraine. a) Clinique. — Les *manifestations prémonitoires* : troubles visuels (hémianopsie, scotome scintillant), auditifs, olfactifs, sensitifs, aphasiques, ont une durée relativement longue.

A la phase migraineuse : la douleur qui présente des paroxysmes, s'accompagne d'hypersensibilité des organes des sens.

b) Mécanisme physio-pathologique. — Les *manifestations prémonitoires* relèvent pour les unes d'ischémie par vaso-constriction, pour les autres d'hyperhémie par vaso-dilatation ou par hyperpulsatilité réactionnelle à la périphérie de la zone ischémisée.

Les phénomènes moteurs manquent parce que les troubles vaso-moteurs restent localisés au réseau vasculaire superficiel, dont le territoire est sensitivo-sensoriel.

Le caractère lentement extensif des accidents s'explique par la lenteur de propagation de l'onde vaso-constrictive.

La théorie classique, qui attribue les troubles à des spasmes artériels, n'explique pas tous ces faits.

La migraine proprement dite résulte d'une vaso-dilatation active portant sur la circulation cortico-méningée.

La conclusion thérapeutique de ces notions est qu'il importe de s'opposer à la production de la phase prodromique pour éviter l'apparition de la migraine elle-même.

2) Céphalée par hyperhémie. — Elle ne doit pas être confondue avec la migraine. Elle n'est qu'un épiphénomène au cours d'une hyperhémie étendue à toute la circulation céphalique, et liée à des perturbations vasculo-sympathiques.

3) *Céphalée d'effort*. — Elle est causée par une distension douloureuse des veines intra-craniennes, par gêne de la circulation de retour.

4) *Céphalée symptomatique des lésions du sympathique cervical*. — Elle est due à une hyperalgésie des territoires correspondants et à des troubles de la vaso-motricité cérébrale.

Troisième partie. — Les points de contact entre le processus vasculaire et les autres processus morbides.

I. *Traumatismes crâniens et processus vasculaires*. — Dans la plupart des cas, ils ne retentissent sur le cerveau que par l'intermédiaire de troubles vasculaires.

A) *Commotion cérébrale*. — Elle ne diffère en rien de l'apoplexie cérébrale. Les lésions anatomiques sont identiques : dilatation des vaisseaux, petites hémorragies multiples, disséminées.

B) *Hémorragies méningées*. — L'hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique peut n'être qu'une complication de la commotion. L'hématome extradural relève d'une rupture artérielle. Quant à l'hématome sous-dural, le mécanisme de sa production est encore obscur.

C) *Séquelles des traumatismes cranio-cérébraux*. — Le syndrome subjectif tardif post-commotionnel, doit pour une part être attribué à des perturbations vaso-motrices de la circulation cérébrale, due à des lésions des vaisseaux, ou à une atteinte des centres de la régulation vaso-motrice.

II. *Néoformations intra-craniennes et processus vasculaire*. — L'opposition qui sépare schématiquement les deux types de lésions n'est en pratique pas absolue.

A) *Les lésions vasculaires peuvent en imposer pour une tumeur cérébrale*.

L'artério-sclérose cérébrale peut survenir chez des sujets jeunes, s'accompagner de crises d'épilepsie, d'hypertension intra-cranienne, et du liquide céphalo-rachidien. Inversement, des tumeurs peuvent être à l'origine d'hypertension artérielle.

Les lésions vasculaires en foyer : ramollissement, hémorragies par rupture vasculaire peuvent également donner lieu à erreurs de diagnostic.

B) *Les tumeurs cérébrales peuvent être masquées par des troubles circulatoires*. — Les tumeurs cérébrales peuvent s'extérioriser brusquement : par ramollissement ou hémorragie secondaire. Les tumeurs métastatiques surtout prêtent à erreur.

III. *Infections et poussées vasculaires*. — Le processus infectieux joue un rôle important dans la production des lésions vasculaires.

Des troubles vaso-moteurs cérébraux peuvent avoir à leur origine des infections (infection cortico-méningée, séquelles cicatricielles post-infectieuses, méningo-encéphalite syphilitique).

IV. *Intoxications et processus vasculaire*. — A) *Asphyxie par oxyde de carbone*. — L'asphyxie est à l'origine de la vaso-dilatation des vaisseaux cérébraux, avec thromboses secondaires.

B) *Intoxications médicamenteuses*. — Les accidents cérébraux ne sont pas le fait d'une action directe sur la cellule nerveuse, mais de troubles vaso-moteurs cérébraux ou de perturbations de la circulation générale : ces troubles vasculaires sont souvent imputables à un choc anaphylactique. L'apoplexie séreuse post-arséno-benzolique semble réaliser un œdème aigu cérébro-méningé par poussée hypertensive.

C) *Saturnisme, néphrites, gravidité.* — Les accidents relèvent souvent d'œdème aigu cérébro-méningé par hypertension.

V. *Atrophies cérébrales et processus vasculaire.* — Les atrophies cérébrales corticales paraissent pouvoir être attribuées à des troubles vasomoteurs localisés au réseau vasculaire cortico-méningé.

VI. *Constitution émotive et processus vasculaire.* — L'émotion, par l'intermédiaire de perturbations du système endocrino-sympathique, peut retentir sur la circulation, et intervenir dans le déclenchement de l'apoplexie.

VII. *Rôle de l'hérédité dans la pathologie de la circulation cérébrale.* — Elle pose le problème de l'hérédité de l'hypertension artérielle, où la constitution émotive joue peut-être un rôle.

Quatrième partie. — Etude comparative des autres circulations locales.

I. *Circulation rétinienne.* a) *Lésions des vaisseaux rétiniens.* — L'oblitération de l'artère centrale de la rétine par thrombose ou embolie n'est pas suivie de foyer de sphacèle, mais la fonction rétinienne est définitivement perdue.

La thrombose de la veine centrale de la rétine s'accompagne des signes d'une vaso-dilatation paralytique avec stase.

b) *Les perturbations vaso-motrices de la circulation rétinienne,* telle que vaso-dilatation paralytique avec stase, peuvent produire des lésions hémorragiques. Les spasmes des artères rétiniennes existent, mais sont passagers et ne peuvent être à l'origine de perte de la vision.

II. *Circulation des membres.* — L'artérite des membres coexiste assez fréquemment avec l'artérite cérébrale. Elle ne s'extériorise en général que lorsqu'à la lésion artérielle (thrombose) se surajoutent les troubles vasomoteurs, s'exerçant sur les vaisseaux collatéraux, ce qui explique les bons effets de l'artériectomie et permet d'espérer des résultats d'interventions analogues dans les lésions cérébrales.

III. *Circulation pulmonaire.* — La pathologie de la circulation pulmonaire, avec ses infarctus par embolie ou thrombose, offre de grandes analogies avec la circulation cérébrale. Il en est de même de l'œdème aigu du poumon, dont le mécanisme rappelle l'œdème aigu cérébro-méningé.

QUATRIÈME RAPPORT

Radio-diagnostic de la circulation cérébrale (angiographie cérébrale), par M. EGAZ-MONIZ (Lisbonne).

Deux points de technique doivent être précisés avant d'exposer les résultats. D'abord, la technique chirurgicale : mise à découvert de la carotide primitive, injection de 16 centim. cubes de thorotrast ; puis la technique radiologique. Il faut tirer trois films ; le premier dès l'injection de 10 cmc. de thorotrast, le second 2 secondes après le premier et le troisième 2,5 après le second. L'épreuve doit être bilatérale. Un escamoteur change les films.

Le premier film représente l'artériographie cérébrale ; le second, la phlébographie de la première phase révélant le réseau veineux superficiel du cerveau ; le troisième film est la phlébographie de la deuxième phase où se voit le sinus de la dure-mère et les veines profondes du cerveau.

Ces divers films mettent à même de constater divers aspects pathologiques dont la connaissance permet d'affirmer certains diagnostics. Les clichés qui accompagnent le rapport de l'auteur et qui ont été projetés sont extrêmement suggestifs à cet égard.

Les premiers montrent les images obtenues lors de thrombus de la carotide interne ou des artères cérébrales. Les compressions fournissent également des images caractéristiques. C'est ainsi que l'abaissement du siphon et du groupe sylvien révèle l'existence d'une grosse tumeur du lobe frontal droit.

Les tumeurs cérébrales peuvent donc être localisées grâce à cette méthode qui met en évidence le déplacement des artères.

On peut observer trois types de déplacement pour les tumeurs du lobe frontal, mais les artères du groupe sylvien sont en général déplacées en bloc, tandis que dans les tumeurs pariétales certaines sont plus abaissées que d'autres.

L'auteur présente encore les différentes images obtenues au cours de diverses localisations tumorales, temporales, occipitales, tumeurs de la fosse postérieure, de l'angle ponto-cérébelleux.

Certaines tumeurs avec circulations spéciales sont visibles. C'est le cas des méningiomes, des glioblastomes, des astrocytomes et des gliomes très vascularisés. Au contraire, les kystes et les abcès cérébraux se vérifient par l'absence de la circulation dans les artériographies.

Les diagnostics si difficiles d'anévrismes et même d'angiomes cérébraux peuvent se faire aujourd'hui avec une précision remarquable grâce à l'angiographie cérébrale.

Il existe trois types d'angiomes : artériels, veineux et artério-veineux que la méthode peut distinguer des tumeurs.

Les anévrismes, qui peuvent atteindre chacune des artères du cerveau, se sont montrés plus fréquents dans les artères de la base avant leur pénétration dans le cerveau, particulièrement aux points de bifurcation.

Ce peuvent être des anévrismes sacciformes ou des dilatations des troncs artériels.

Ainsi donc, l'angiographie cérébrale est d'une technique facile et inoffensive, permettant la localisation des tumeurs et le diagnostic des lésions vasculaires. C'est une méthode pouvant être de grand secours à la clinique.

COMMUNICATIONS

Remarques sur les terminaisons vasculaires, par M. NISSL VON MAYENDORF.

M. Nissl Von Mayendorf (de Leipzig) présente trois coupes vertico-transversales par une circonvolution occipitale, colorées par le Weigert, dans laquelle un ramollissement a détruit toute la substance blanche à peu près, tandis que l'écorce cérébrale était, en grande partie, conservée. Cela démontre évidemment un antagonisme entre la nutrition de l'écorce cérébrale et de la substance blanche. Seulement, si nous admettons un réseau artériel cortical, fermé par anastomoses et des artères terminales de la substance blanche, cet antagonisme paraît explicable.

Sinus carotidien et épilepsie. Intervention probable de la vaso-motricité cérébrale dans le mécanisme des crises épileptiques, par MM. G. MARINESCO, W. JONESCO, SISESTI et A. KREINDLER,

Les auteurs ont expérimenté sur un chat auquel ils ont enlevé toute l'écorce cérébrale et qui a survécu douze mois à cette intervention. L'excitation des sinus carotidiens ne provoquait pas d'accès épileptique chez cet animal. Par contre l'excitation du pneumo-gastrique en un certain rythme et après énervation des sinus carotidiens déclenchait des clonies dans les membres. Les auteurs concluent que le sinus carotidien intervient dans le mécanisme physiopathologique de la crise convulsive, par une modification de la vaso-motricité cérébrale. Les réflexes vaso-moteurs déclenchés par l'excitation du vague ne sont plus corrigés par les sinus carotidiens éternés.

A propos des hémorragies sous-arachnoïdiennes, par M. Diogo FURTADO (de Lisbonne).

L'auteur rapporte quelques cas étudiés à l'aide de la méthode de M. Egaz Moniz. Ils ont permis d'attribuer quelques hémorragies sous-arachnoïdiennes spontanées à des anomalies des vaisseaux du cerveau, surtout des anévrismes. Par contre, aucun cas n'a nécessité de recourir à la pachy-méningite pour expliquer l'hémorragie.

L'indication opératoire dans les lésions cérébrales d'origine vasculaire, par M. DE MORSIER (de Genève).

L'auteur présente quelques cas d'hémiplégie avec crises Bravais-Jacksoniennes dans lesquelles l'opération décompressive a supprimé les crises d'épilepsie et amélioré l'hémiplégie. Probabilité d'une étiologie cérébro-méningée dans quelques cas.

Lésions des toiles choroïdiennes et méningite mésocéphalique chez certains hébéphréniques, par MM. DIDE et HANON.

Les lésions décrites par l'école de Mourgue chez certains déments précoces sont retrouvées chez les auteurs, mais ils les rattachent à des méningites de la région méso-céphalique souvent méconnues dans l'hébéphrénie. Des lésions analogues ont été trouvées sans syndrome hébéphrénique chez des paralytiques généraux notamment.

Les syndromes anatomo-cliniques du mésocéphale furent trouvés constants chez les malades dont il est question dans la note sur les lésions médullaires.

Le rôle de l'œdème cérébral dans le syndrome pâleur-hyperthermie, par MM. QUÉNU, ALAJOUANINE, BASCOURT et HORNET.

A la suite des opérations pratiquées chez des nourrissons ou des enfants en bas âge, il peut apparaître dans les 8 à 10 heures une hyperthermie dépassant 40° accompagnée de pâleur. La mort survient en quelques heures.

Il ne s'agit pas d'infection, de choc protéique ou d'accident anesthésique.

A propos d'un cas d'angiome du cuir chevelu, les auteurs ont observé un tel syndrome à la suite de l'extirpation de la tumeur.

L'examen anatomo-pathologique montra un œdème du cerveau localisé au tronc cérébral, aux noyaux gris centraux et qui était très marqué au niveau du tuber.

Par contre, le cortex cérébral était très peu modifié.

Les auteurs mettent en rapport les symptômes cardinaux avec cet œdème cérébral. La localisation hilaire et infundibulaire de l'œdème serait donc responsable d'une part de la pâleur, d'autre part de l'hyperthermie.

Les migraines hémiplegiques, par Henri ROGER et Joseph ALLIEZ
(de Marseille).

Parmi les spasmes sylviens, une place doit être réservée aux hémiplegies transitoires accompagnant certaines migraines. Après une étude de rares cas publiés, qui rentrent la plupart dans le cadre des migraines dites essentielles, les auteurs relatent deux faits personnels de migraines hémiplegiques lésionnelles, en rapport avec une syphilis nerveuse. L'un concerne une tabétique, faisant des hémiplegies de quelques heures de durée au cours de deux périodes d'allaitement, l'autre un jeune hérédosyphilitique atteint d'abord de tabès, puis de tabo-paralysie générale.

Anomalies de l'axe gris de la moelle chez certains hémiphréniques,
par M. Maurice DIDE.

Les lésions médullaires chez les hémiphréniques sont de trois ordres. Les plus rares, purement descendantes, relèvent de lésions cérébrales (lipodystrophie, leuco-sclérose en foyer) ; d'autres, sur lesquelles l'auteur a déjà insisté, appartiennent au type pellagroïde et s'accompagnent d'un syndrome d'insuffisance végétative ; elles relèvent sans doute d'une avitaminose B².

Celles dont est entretenue la Société offrent une toute autre origine ; elles s'accompagnent de méningite méso-céphalo-médullaire.

La démyélinisation périphérique se rapproche de celle des scléroses séniles. De grosses modifications architecturales de l'axe gris y sont constantes, particulièrement au niveau de la colonne végétative latérale.

Sur la combinaison de la paralysie musculaire flasque d'origine cérébrale avec une exagération des réflexes tendineux, par M. Nissl VON MAYENDORF
(de Leipzig).

L'auteur a observé plusieurs cas dans lesquels une hypotonie des muscles squelettiques était accompagnée d'une exagération des réflexes tendineux, si bien que l'indépendance de l'état des réflexes tendineux, par rapport à celui de la musculature peut être considérée, jusqu'à un certain point, comme démontrée.

En faveur de cette thèse, il présente 5 cas où le cerveau a été étudié par la méthode des coupes sériées, colorées par le Weigert-Pal.

En envisageant ces cas, il y a concordance dans toutes les observations d'une paralysie flasque de la musculature squelettique avec une exagération des réflexes tendineux pendant la vie d'une part, tandis que l'examen anatomique en coupes sériées après la mort révéla constamment soit une destruction du centre de la sensibilité générale, soit une interruption pathologique des faisceaux du ruban de Reil d'autre part. De cette manière, l'auteur envisage des hypothèses pathogéniques nouvelles.

EXPOSÉ DES TRAVAUX DU FONDS DÉJERINE

L'anatomie de la moelle épinière en coupes longitudinales plurisegmentaires. — Application à la physiologie et à la clinique, par M. LARUELLE (de Bruxelles).

Les travaux sur l'anatomie microscopique de la moelle épinière, entrepris par le docteur Laruelle il y a plusieurs années, ont eu comme objectif de faire apparaître la structure de la moelle sur des coupes pratiquées selon l'axe longitudinal de la moelle.

Le rapporteur, bornant son exposé à l'analyse de la substance grise de la moelle, groupe ces faits en deux catégories : ceux qui se rapportent à la cyto-architectonie de la partie de la moelle vouée aux fonctions de la vie de relation, et ceux qui se rapportent à la partie de la moelle qui commande les fonctions végétatives.

Les conclusions, en ce qui concerne la *moelle somatique*, sont les suivantes :

La technique des coupes longitudinales met objectivement en évidence l'existence de colonnes cellulaires pluri-segmentaires. Les plus constantes sont les colonnes antéro-interne, antéro-externe, centrale et postéro-externe dans les renflements ; dans la moelle dorsale, on retrouve les colonnes antéro-interne et externe et la colonne de Clarke. Le développement en hauteur de ces colonnes est établi d'une façon précise par l'examen des coupes ; d'autre part, leur situation dans la coupe transversale est également fixée.

Cette cytoarchitectonie apparaît précocement, puisqu'elle existe déjà chez l'embryon de 5 mois.

Les particularités que présentent ces colonnes à différents niveaux expliquent les controverses et la diversité des schémas proposés par les auteurs qui se sont attachés à cette étude.

Quant à la signification de cette architectonie, l'auteur réserve une opinion définitive, mais ses études l'inclinent vers la conception morphologique de la systématisation médullaire, celle-ci n'excluant d'ailleurs pas toute relation fonctionnelle.

Dans le sens de cette signification fonctionnelle plaident certains aspects structuraux révélés par les coupes longitudinales. Il existe, en effet, des arrangements cellulaires différents dans les colonnes répondant à deux types principaux : le type radiaire ou transversal, et le type longitudinal. Elles représentent une formation dans laquelle les corps cellulaires alignés sont reliés entre eux par leurs prolongements, qui forment un courant ininterrompu sur une grande longueur.

Il existe donc une voie directe, vraisemblablement plus rapide : la substance grise de la moelle est donc conductrice comme certains faits cliniques pouvaient le faire prévoir.

Dans d'autres régions de la moelle, dans la partie de la colonne par exemple, qui assure les mouvements du pied, on retrouve un dispositif mixte, radiaire et longitudinal, dont l'aspect structural paraît pouvoir conditionner les mouvements très individualisés et les mouvements associés de ce segment de membre.

La *moelle végétative*, beaucoup moins connue, et dont l'importance fonctionnelle apparaît de plus en plus grande, a été particulièrement travaillée.

Le conférencier démontre le dispositif cellulaire et fibrillaire de la substance intermédiaire avoisinant le canal central des noyaux sympathique supérieur et inférieur de la chaîne de la corne latérale et de la moelle sacrée.

Les micro-projections démontrent admirablement la structure du centre fonctionnel commandant les appareils musculo-lisses et glandulaires des viscères, celle notamment du centre cilio-spinal de Budge pour les mouvements de l'iris, des centres thoracique, cardiaque, des centres des splanchniques et des centres qui, dans la moelle sacrée, assurent particulièrement les fonctions ano-génito-urinaires.

Les micro-projections qui accompagnaient la conférence, de même que l'atlas de cyto-architectonie médullaire, réalisés par le Dr Laruelle avec la collaboration de Mlle Reumont, ont servi à objectiver avec une grande évidence cette étude, qui élargit notre connaissance anatomique de la moelle et facilite la compréhension de son rôle.

Les chiens sans moelle du P^r Hermann. — Documents anatomo-cliniques,
par Jean DECHAUME (de Lyon).

Ce travail est l'exposé des documents recueillis par l'équipe groupée sous la direction du professeur Hermann pour travailler aux études de physiologie neurologique expérimentale.

A l'autopsie, des chiens qui avaient subi une ablation étendue de la moelle, le névraxe restant était examiné dans le laboratoire du professeur M. Favre. L'étendue exacte de la destruction médullaire était ainsi précisée.

Chez 5 chiens où la survie a atteint plusieurs mois, la destruction atteignait toute la moelle dorso-lombo-sacrée.

L'étude histologique des éléments persistants après plusieurs mois dans le type dural a montré, à côté des phénomènes de dégénérescence et de régénération nerveuses, de sclérose conjonctivo-vasculaire, l'intensité des processus de reconstruction aux dépens des éléments épendymaires et méningoblastiques. Il a été possible de constater l'identité histologique entre certaines de ces édifications consécutives à l'inflammation chronique et à la sclérose post-traumatique et certaines tumeurs bénignes du névraxe, les méningiomes.

L'examen clinique de ces chiens a permis d'étudier les troubles de la motilité et de la sensibilité. Les conditions d'apparition des mouvements d'automatisme médullaire ont été précisées quand il persistait un petit tronçon de la moelle sacrée. L'observation du comportement des sphincters a montré la persistance indéfinie de la rétention d'urine et de l'incontinence des matières. L'étude de la production du syndrome de Claude Bernard-Horner nous a fait voir la nécessité d'une atteinte des segments C8D¹.

Dans l'étude des grandes fonctions, ces documents permettent de discuter la lipurie que présentent ces animaux, dont les reins présentent des îlots de dégénérescence graisseuse des cellules des tubes urinifères. L'apparence histologique de la médullo-surrénale est normale, ainsi que la tension artérielle.

Dans l'étude des troubles trophiques, les documents histo-pathologiques permettent de discuter l'origine sympathique de ces troubles.

Enfin, chez un animal ayant survécu 102 jours après une double section des vagues du diaphragme et une destruction médullaire remontant jus-

qu'à C l'énorme distension de la vésicule biliaire et de l'estomac, qui présentait d'ailleurs un ulcère, et l'atrophie du pancréas ont été observées.

La confrontation de ces documents anatomo-cliniques et physiologiques permet d'affirmer la possibilité, pour un mammifère, de vivre avec un système nerveux végétatif complètement isolé des centres cérébro-spinaux et en fonctionnement autonome : c'est avoir ainsi un moyen d'étudier la régulation nerveuse périphérique.

EXPOSÉ DES TRAVAUX DU FONDS BABINSKI

I. Les syndromes déficitaires, par le professeur J.-A. BARRÉ (de Strasbourg).

L'auteur, après avoir évoqué la mémoire de son maître, Babinski, expose les circonstances au cours desquelles il fut mis en 1917 en présence du premier phénomène purement déficitaire, existant en dehors de toute manifestation pyramidale d'ordre irritatif. Il décrit ainsi la *manœuvre de la jambe* dans ses trois temps et en montre plusieurs exemples sur des films. A la manœuvre de la jambe de type central, il oppose « la manœuvre de la jambe périphérique », qui se distingue trait pour trait de la manœuvre de la jambe centrale.

Le *syndrome pyramidal déficitaire pur* est constitué essentiellement : 1° par une insuffisance de la motilité volontaire, mise en évidence par différentes manœuvres au membre inférieur, au bras et également à la face, où l'on observe à l'orbiculaire palpébral une perturbation du même esprit que celle des membres ;

2° de diminution ou d'abolition des mouvements automatiques ;

3° d'hypotonie musculaire ;

4° les réflexes tendineux gardent leurs caractères normaux ou sont diminués ; les réflexes cutanés sont le plus souvent conservés et quelquefois même augmentés ; le signe de Babinski est absent.

Quand le syndrome déficitaire pur est isolé, on peut prendre le malade qui se plaint pour un simulateur ou un hystérique, parce qu'il ne présente aucun des signes pyramidaux objectifs irritatifs, presque exclusivement considérés jusqu'à maintenant.

Le syndrome déficitaire pur reconnaît pour cause, soit la compression simple du cortex, soit l'ischémie survenant de préférence chez un hypotendu avec troubles du sympathique vasculaire, soit différentes intoxications.

Le syndrome déficitaire peut marquer le début très discret d'accidents qui peuvent évoluer vers le ramollissement s'ils ne sont reconnus à temps et traités comme il convient. Le traitement de ce syndrome consiste à éviter l'emploi de la glace, des purgatifs, des émissions sanguines et à user au contraire de toni-cardiaques et de l'électrisation, ce qui est, comme on le sait, contre-indiqué dans les syndromes irritatifs.

Après avoir étudié dans son ensemble le syndrome déficitaire *pur, isolé*, l'auteur envisage ce syndrome à l'état d'association.

L'ensemble de ces recherches, commencées en 1917, conduit à une conception assez nouvelle du syndrome pyramidal, qui doit être, pour M. Barré, dissocié en deux syndromes élémentaires : le *syndrome irritatif*

dont le signe de Babinski est le signe le plus fidèle, et le *syndrome déficitaire*, dont la manœuvre de la jambe est l'expression la plus commune et la plus fine.

En plus des divers intérêts pratiques que comporte la connaissance du syndrome déficitaire, l'auteur souligne la valeur de la notion de physiologie générale qu'il apporte.

Il conclut en disant : « Ces travaux ne sont qu'une des expressions du développement de la Méthode de Séméiologie clinique de Babinski », et il rappelle avec émotion que son Maître leur fit le meilleur accueil lorsqu'il les lui démontra en 1918.

M. Rouquier insiste sur l'importance pratique considérable de l'ensemble symptomatique de ce que M. Barré appelle : syndrome pyramidal déficitaire pur. Il s'observe très fréquemment à son avis, après des traumatismes, au début de toutes sortes d'affections infectieuses ou néoplasiques du névraxe, du côté opposé à la lésion. Il y a peu de temps, comme M. Barré lui-même, chez des sujets ne pouvant présenter aucune lésion pyramidale ou de la frontale ascendante, mais chez lesquels l'examen clinique permettait d'affirmer ou de supposer une lésion préfrontale, il a observé des troubles analogues du côté de la lésion.

M. Froment insiste sur un problème connexe, fort important du point de vue médico-légal et qui est l'apparition de la trépidation épileptoïde nette. Une trépidation épileptoïde fausse ne peut être prolongée plus de trois minutes chez un sujet valide et le métabolisme est augmenté.

M. Ayala demeure fidèle aux conceptions de son Maître Mingazzini.

M. Delmas-Marsalet propose d'appeler le syndrome de Barré : syndrome de l'activité statique, et rapporte des cas expérimentaux.

II. Le syndrome adiposo-génital, par MM. DAVID et PUECH.

Les auteurs étudient particulièrement les cranio-pharyngiomes, qui sont des tumeurs de l'hypophyse d'origine congénitale.

Anatomiquement, ils sont le plus souvent suprasellaires, d'emblée, plus rarement intrasellaires, exceptionnellement infrahypophysaires d'emblée. Au point de vue histologique, il s'agit le plus souvent d'adamentinomes.

Cliniquement, il s'agit le plus souvent d'un enfant chez lequel se manifestent divers syndromes ne suivant pas un ordre chronologique précis :

1° Syndrome d'hypertension intracrânienne ; 2° Syndrome de perturbation des fonctions hypothalamiques, dont le syndrome adiposo-génital ; 3° Syndrome de compression directe du chiasma ; 4° Syndrome radiologique : tumeur visible par ses calcifications.

Les craniopharyngiomes supra-sellaires n'ont pas la pureté ci-dessus décrite et donnent lieu à des syndromes plus dissociés.

Les auteurs exposent ensuite les caractères différentiels des cranio-pharyngiomes suivant le siège, suivant l'âge, etc., et projettent à l'appui de leur exposé des radiographies et concluent par les considérations thérapeutiques qui découlent de leur travail.

Maurice LECONTE.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Directives en pratique médicale. Terrains et Tendances morbides, par André JACQUELIN, Médecin des Hôpitaux de Paris, *Préface* du professeur F. BEZANÇON (1 vol. in-8°, 208 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris 1935).

Si importante que soit l'étiologie dans un grand nombre d'états morbides, écrit dans la préface de ce livre le Professeur Bezançon, elle cède le pas aux modalités réactionnelles du terrain, de la constitution de l'individu, de son tempérament qui, en dernière analyse, peuvent être considérés comme responsables, pour la plus grande part, des troubles pathologiques. Dans ce très intéressant livre, M. André Jacquelin s'attache à montrer l'intérêt de la pathologie des débuts, des aptitudes morbides qu'indique souvent l'étude de l'hérédité, de la famille, de la constitution morphologique de l'individu, de son tempérament, de ses réactions particulières. Apercevoir les tendances morbides c'est être apte à mettre en œuvre la thérapeutique préventive, la plus efficace de toutes les thérapeutiques.

Dans une première partie, l'auteur fait l'étude du *terrain morbide*, c'est-à-dire des divers types constitutionnels morphologiques, endocriniens, neuro-végétatifs, psychiques et humoraux, avec le souci de l'utilisation de ces notions à des fins pratiques de diagnostic, de pronostic et de traitement. Parmi les types morphologiques on trouvera les caractéristiques du *type ostéo-conjonctivo-élastopathique d'André Jacquelin*, qui peut être considéré comme témoignant d'un vieillissement prématuré de l'organisme : l'élastopathie a pour corollaire la sclérose. L'auteur montre que, dans l'état actuel de la science, si intéressantes que soient les données de l'endocrinologie, leur contribution à l'étude de la personnalité comporte encore bien des imprécisions. De même pour la majorité des états de déséquilibre du système nerveux végétatif, le sens du déséquilibre est bien souvent difficile à déterminer, et ce déséquilibre lui-même est souvent associé à des perturbations plus complexes avec lesquelles il rétrocede.

M. André Jacquelin consacre également quelques pages aux types psychiques de la personnalité. Si brèves et si incomplètes qu'elles soient, ces pages ont l'avantage d'attirer l'attention du lecteur non psychiatre sur l'importance théorique et pratique de l'état psychique des malades, son influence et ses réactions. Elles inspirent au Professeur Bezançon cette phrase qu'il faut citer ici : « La psychiatrie ne devrait pas constituer une branche isolée de la médecine, mais devrait être bien davantage à la base de toute formation médicale complète ».

La seconde partie du volume est consacrée aux grandes *tendances morbides* et aux principaux syndromes qui en sont l'aboutissement : la tendance à l'infection tuberculeuse et les premiers signes de début de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, la tendance à la diathèse dite arthritique et ses multiples manifestations.

On ne saurait trop recommander aux jeunes médecins la lecture des pages qui terminent cet important ouvrage et dans lesquelles M. André Jacquelin, avec une grande élévation de pensée s'attache à montrer ce que doit être la consultation médicale et à faire comprendre aux jeunes médecins quels hommes ils doivent être.

René CHARPENTIER.

ANATOMIE

Synthèse des voies de conduction des centres nerveux (Topographie structurale), par E. LEBLANC, professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine d'Alger (1 vol. in-8°, 236 pages avec figures dans le texte, in *Bibliothèque de la Revue de Médecine*, Félix Alcan édit., Paris 1935).

Dans cet excellent livre, qui rendra les plus grands services aux neurologistes, aux praticiens, aux étudiants, M. E. Leblanc expose sous une forme très claire, très complète, très didactique, avec de très nombreux schémas et tableaux, les origines et les trajets des voies de conduction des centres nerveux.

En cette matière si complexe, avec un texte très réduit, et sans omettre les connexions qui, par des chemins détournés et des relais interposés, constituent des appareils définis, l'auteur s'est attaché à rapprocher des constatations anatomiques les grands traits de la physiologie et de la clinique du système nerveux.

Réalisant une continuité à trois étages : moelle, tronc cérébral, cerveau, il montre, pour chacun d'eux, le groupement qui lui est propre de centres réflexes munis de leurs connexions et l'ensemble des voies de transit qui ne font que traverser l'étage considéré.

René CHARPENTIER.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Quelques étapes de l'hygiène mentale au Pérou (Algunos datos sobre Higiene mental en el Perú), par Baltazar CARAVEDO. 1. vol. in-8°, 96 pages, Editions de l'Hôpital « Victor Larco Herrera », Magdalena del Mar, 1936.

L'évolution de l'assistance des aliénés a été suivie avec attention par les psychiatres péruviens. M. Caravedo, Président de la Ligue péruvienne d'Hy-

giène mentale et Médecin-Directeur de l'Hôpital « Victor-Larco-Herrera », après avoir résumé l'histoire de l'assistance de Pinel à Clifford Beers, suit l'évolution de l'hygiène mentale dans son pays. Il dirige un hôpital pourvu des moyens d'assistance modernes, mais il voudrait qu'un effort fût tenté auprès des pouvoirs publics pour aboutir à une organisation exactement adaptée aux besoins de la société contemporaine. Son petit livre est un appel en faveur de la vulgarisation des œuvres littéraires médico-légales et psychopathologiques, une demande aux gouvernements responsables pour le développement de l'assistance des délinquants, des anormaux juvéniles et des alcooliques, pour la création des écoles spéciales de formation des médecins et du personnel infirmier consacrés au service social, pour l'établissement d'une clinique psychiatrique moderne destinée à l'éducation des étudiants et des médecins et de services nouveaux libérant les anciennes installations vieilles et surpeuplées en attendant l'édification d'organisations régionales créées sur le type de la Clinique centrale.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

L'Année thérapeutique, médicaments et procédés nouveaux, par le Dr A. RAVINA. *Dixième année (année 1935)* (1 vol. in-12, 196 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris 1936).

Cette dixième année résume, comme les précédentes, de façon pratique, tous les faits thérapeutiques nouveaux publiés en 1935 en France et à l'étranger. Il contient au total quarante-huit traitements nouveaux de maladies ou de symptômes, l'exposé de cinq méthodes ou techniques nouvelles et quinze études sur des médications récentes.

On trouvera, en particulier, dans ce volume la thérapeutique des algies par l'iodure de sodium et l'hyposulfite de magnésium, le traitement des troubles post-encéphalitiques par la racine de belladone, le traitement de l'énurésie par les hormones sexuelles, le traitement de l'intoxication par le cyanure de potassium, par l'hyposulfite de soude, la radiothérapie de la méningite tuberculeuse, le traitement de la morphinomanie par les émulsions de lipides, divers procédés thérapeutiques de la myasthénie, les indications respectives et la valeur comparative de la ponction lombaire et de la ponction sous-occipitale, l'indication des accidents de la chrysothérapie avec leur prévention et leur traitement, une étude sur l'action de l'hématoporphyrine dans les états dépressifs, etc.

Ce petit livre, terminé par une table des matières commune aux volumes parus de 1931 à 1934, d'une utilité incontestable aux praticiens, a pour but de faire connaître à tous des techniques nouvelles d'application immédiate et facile, et de leur indiquer les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

R. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule séance exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *jeudi 9 juillet 1936*, 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.

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 26 octobre 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Prix de la Société Médico-psychologique

Les prix suivants ont été décernés en 1936 :

Prix Aubanel (3.000 francs) : M. le D^r Julien ROUART, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, pour un travail intitulé : « *Existe-t-il des relations entre la psychose périodique et la démence précoce ?* »

Prix Moreau de Tours (200 francs) : Mme le D^r Agnès Masson, Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère), pour un travail intitulé : « *Le Travestissement* ».

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie

Mme le D^r DE BRANCAS, née Grünspan (Mathilde), Chef du laboratoire d'électro-radiologie de la Clinique Baudelocque, à Paris, ancienne interne en médecine des Asiles de la Seine, *citée à l'Ordre de la Nation* ;

M. le D^r A. MAHON, ancien Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Mont-de-Marsan (Landes) ;

M. le D^r OLLIVIER, Médecin-Chef de l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'aliénés de Lehon, près Dinan (Côtes-du-Nord).

Légion d'Honneur

Est nommée *Chevalier de la Légion d'Honneur* :

Mme le D^r DE BRANCAS, née GRÜNSPAN (Mathilde), Chef de laboratoire d'électro-radiologie à la Clinique Baudelocque, à Paris, ancienne interne en Médecine des Asiles de la Seine.

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

le poste de Médecin-Directeur de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public départemental d'aliénés de Saint-Ylie (Jura).

SERVICES PSYCHIATRIQUES DES PRISONS

Création d'un service d'examen et d'observation psychiatriques dans les prisons du Département de la Seine

Un service d'examen et d'observation psychiatriques est créé à la prison de la Santé et à la prison de la Petite-Roquette, à Paris, et aux prisons de Fresnes (Seine).

Le personnel médical des prisons de la Seine est fixé comme suit :

A. — *Prisons de Paris* : Deux médecins. Trois médecins psychiatres. Un pharmacien. Un chirurgien-dentiste.

B. — *Prison de Fresnes* : Deux médecins. Un chirurgien. Un pharmacien. Cinq internes.

Un service d'examen et d'observation psychiatriques est créé à la prison de la Santé sous la direction du D^r CEILLIER, à la prison de la Petite-Roquette sous la direction du D^r SCHIFF et à la maison d'éducation surveillée de Fresnes sous la direction de Mlle le D^r BADONNEL.

SOCIÉTÉS, RÉUNIONS ET CONGRÈS

Société Brésilienne de Neurologie, de Psychiatrie et de Médecine Légale

Le Bureau de la Société Brésilienne de Neurologie de Psychiatrie et de Médecine légale, est ainsi composé pour 1936 :

Président : M. ADAUTO BOTELHO ; Secrétaire général : M. ZACHEU ESME-RALDO ; Trésorier : M. ODILON GALLOTTI.

Section de Neurologie : *Président* : M. WALDEMIRO PIRES ; *Vice-Président* : M. COSTA RODRIGUES ; *1^{er} Secrétaire* : M. BORGES-FORTES ; *2^e Secrétaire* : Mlle Alice MARQUES DOS SANTOS.

Section de Psychiatrie : *Président* : M. PERNAMBUCO FILHO ; *Vice-Président* : M. CUNHA LOPES ; *1^{er} Secrétaire* : M. FLAVIO DE SOUZA ; *2^e Secrétaire* : M. SYLVIO ARANHA DE MOURA.

Section de Médecine légale : *Président* : M. NILTON SALLES ; *Vice-Président* : M. THALES ESTRASULAS ; *Secrétaire* : M. THALES OLIVEIRA DIAS.

Rédacteur du « Bulletin » : M. NEVES MANTA.

Réunion Annuelle de la Royal Medico-Psychological Association

La 95^e Réunion Annuelle de la Royal Medico-Psychological Association aura lieu à Folkestone les 1, 2 et 3 juillet 1936, sous la présidence de M. MICHAEL ABDOY COLLINS, O.B.E., M.D., B.S., M.R.C.S., L.R.C.P.

Le discours présidentiel aura pour sujet : « *The Law and the Present Position of Psychiatry.* »

Cette très intéressante Réunion sera consacrée à l'étude des *psychoses maniaques dépressives*. Les discussions seront précédées de l'exposé de rapports de MM. D^r A. J. LEWIS, D^r H. TOMASSON, D^r T. J. HERMELLY, D^r THOS A. MUNRO, D^r A. GLEN DUNCAN, Prof. W. MAYER-GROSS, D^r A. GUIRDHAM sur le pronostic, le traitement, l'hérédité, les rapports avec la débilité mentale, la pathologie et la psychopathologie des états maniaco-mélancoliques.

XII^e Congrès Belge de Neurologie et de Psychiatrie

La Société de Médecine Mentale de Belgique et la Société Belge de Neurologie organisent le XII^e Congrès Belge de Neurologie, qui se tiendra à Louvain et à Bruxelles les 26 et 27 septembre 1936.

Le samedi 26 septembre 1936, au nouvel Asile de Corbeek-Loo, près de Louvain, M. le D^r ROUVROY présentera un rapport de psychiatrie sur : « *L'Intelligence chez les malades mentaux.* »

Le dimanche 27 septembre 1936, à Bruxelles, M. le D^r MASSION-VERNIORY présentera un rapport de neurologie sur : « *Les tumeurs du lobe temporal.* »

Le 26 et le 27 septembre auront lieu également des séances consacrées à des *communications diverses* sur des sujets de psychiatrie et de neurologie.

Le Secrétaire permanent des Congrès Belges de psychiatrie et de neurologie est le D^r A. LEROY, 18, rue Beeckman, à Liège.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, Médecin des Hôpitaux de Paris, est élu membre titulaire dans la 1^{re} section (Médecine et Spécialités médicales).

RECHERCHES ET ENQUÊTES

Une enquête du « Neurological Institute of New-York » sur l'influence de la fièvre dans les psychoses

Le *Neurological Institute of New-York* dont le directeur est le Dr FREDERICK TILNEY, entreprend actuellement une étude approfondie des relations qui ont été signalées et observées depuis longtemps par des psychiatres entre des états fébriles et les rémissions survenant au cours de diverses psychoses. L'examen critique des cas rapportés dans la littérature et des observations actuelles est fait systématiquement en vue d'aboutir à des conclusions précises, en particulier au point de vue thérapeutique.

Les questions suivantes ont été posées au cours de cette enquête à différents psychiatres de tous pays :

- 1° Avez-vous observé des cas de rémission de troubles mentaux en rapport avec de la fièvre ?
- 2° Dans quels états psychopathiques avez-vous observé ces faits ?
- 3° Ces rémissions ont-elles été temporaires ou permanentes :
 - a) dans les états maniaeco-mélancoliques ?
 - b) dans les états schizophréniques ?
 - c) dans l'épilepsie ?
- 4° Quels résultats avez-vous obtenus de la pyrétothérapie dans les troubles mentaux autres que ceux de la paralysie générale ?
- 5° Quelle théorie admettez-vous pour expliquer ces rémissions coïncidant avec de la fièvre au cours des psychoses ?

Ces renseignements sont centralisés par M. GLADYS C. TERRY, Research Associate, Neurological Institute of New-York, Fort Washington Avenue and West 168th Street, New-York City.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COURSLANT (personnel intéressé). — 52.641

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'ÉTAT ACTUEL DU SYNDROME SUBJECTIF DES TRAUMATISMES CRANIO-CÉRÉBRAUX CHEZ LES BLESSÉS DE LA GUERRE 1914-1918

PAR

RENÉ TARGOWLA

Dès les premières années de la guerre, neurologistes et psychiatres mirent en évidence l'existence de troubles neuro-psychiques généraux, atopiques, disait Grasset, dus aux traumatismes céphaliques, accompagnés ou non de blessure apparente. Ces troubles peuvent se manifester isolément ou s'associer de diverses manières à des maladies mentales caractérisées, à l'hystérie, à l'épilepsie, à des lésions localisées du système nerveux central ou périphérique, etc.

De nombreux travaux leur furent consacrés ; nous citerons, en France seulement, ceux de Roussy (1) et ses collaborateurs

(1) Pour la bibliographie des travaux parus pendant la guerre, cf. Jean LÉPINE : *Troubles mentaux de guerre*, Paris, 1917. — G. Roussy et Jean LHERMITTE : *Les psychonévroses de guerre*, Paris, 1917. — André LÉRI : *Emotions et commotions de guerre*, Paris, 1918. — G. Roussy, J. BOISSEAU et d'ÉLSNITZ : *Le traitement des psychonévroses de guerre*, Paris, 1919. — E. DUHOT et R. TARGOWLA : Essai sur la psychose émotive des bombardements. *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, décembre 1919, p. 322.

Boisseau, d'Ælsnitz, Lhermitte, Régis, René Charpentier, Mairet et Piéron, Gilbert Ballet et Rogues de Fursac, R. Dupouy, R. Mallet, Milian, A. Léri, Pierre Marie et ses collaborateurs, Henri Claude, Clovis Vincent, Charon et Halberstadt, Henri Aimé, Chavigny, Villaret et Mignard, Dupré et Logre, Logre et Bouttier, Jean Lépine, Pitres et Marchand, Georges Dumas, etc. De l'ensemble de ces études, il résulte que l'on distinguait généralement, à la fin de la guerre, trois grands groupes de faits : d'une part, le syndrome subjectif des blessés du crâne, d'autre part, un syndrome commotionnel et un syndrome émotionnel, ces derniers plus ou moins confondus encore par quelques neurologistes.

Le syndrome subjectif des blessés du crâne

Les troubles subjectifs consécutifs aux traumatismes craniens étaient connus des chirurgiens avant la guerre (Auvray) ; à vrai dire, ils l'étaient déjà d'Ambroise Paré. Mais en 1916, Pierre Marie (1) attira l'attention sur leur importance pratique au point de vue militaire et médico-légal ; il en fit un résumé clinique qui leur vaut encore quelquefois le nom de syndrome de Pierre Marie. Ces troubles consistent : en céphalées continues ou paroxystiques, aggravées par les mouvements, les efforts, les bruits, la lumière, le travail intellectuel ; en éblouissements plus ou moins fréquents, sortes de brouillard ou de voile s'étendant devant les yeux, obscur, mais parfois animé d'étincelles ou de lueurs et s'accompagnant d'une sensation pénible de déséquilibre n'allant pas jusqu'à la chute. A ces phénomènes, peuvent s'associer des accidents vertigineux avec sensation giratoire soit du sujet, soit du sol et des objets environnants, une tendance au vertige des hauteurs, des troubles vasomoteurs, des modifications de l'humeur : irritabilité, hyperémotivité, de la difficulté à trouver le sommeil, de la dysmnésie de fixation, de la fatigabilité, une sorte de torpeur et de ralentissement général des processus psychiques (Villaret et Mignard) (2).

Pratiquement, ces troubles s'observent chez tous les traumatisés du crâne, mais réunis en plus ou moins grand nombre, plus

(1) Pierre MARIE. — La conduite à tenir vis-à-vis des blessures du crâne. *Réunion de la Société de Neurologie de Paris*, 6-7 avril 1916 ; *Revue neurologique*, avril-mai 1916, n° 4-5, p. 453.

(2) Maurice VILLARET et M. MIGNARD. — Le syndrome psychique résiduel des traumatismes cranio-cérébraux de la guerre. *Paris médical*, 2 septembre 1916, p. 209.

ou moins tenaces et plus ou moins intenses ; leur multiplicité et leur gravité n'ont aucun rapport avec l'importance de la blessure ni avec sa localisation. Ils sont curables, laissant parfois à leur suite une certaine susceptibilité aux bruits, aux chocs, à la lumière vive, aux travaux exigeant des mouvements rapides de la tête ou du corps. Sur 470 cas, Pitres et Marchand (1) ont vu cinq fois des troubles subjectifs persister 22 à 30 mois après la blessure ; ils insistent sur le caractère exceptionnel d'une telle durée et estiment que la guérison est généralement obtenue au bout d'un an. Après la guerre, certains auteurs ont étendu ce délai à deux et même cinq ans (Chavany). Quoi qu'il en soit, la constance du syndrome subjectif avait fait poser comme règle, à partir de 1916, de ne pas renvoyer au front les trépanés. Certains y étaient pourtant retournés ; c'est ainsi que nous avons examiné récemment un blessé de septembre 1914, porteur d'une brèche impulsive de 6 cm² environ, qui avait fait le reste de la campagne, de 1915 à 1918, comme sous-officier d'artillerie, sans présenter aucune indisposition.

Tel était l'état de la question à la fin de la guerre. Que sont devenus ces blessés ?

Le *Congrès international de médecine et de pharmacie militaires*, tenu en 1927, à Varsovie, confirme les données que nous venons de rappeler.

En 1928, au *Congrès français de chirurgie*, se fondant sur diverses statistiques françaises et étrangères, d'ailleurs assez sensiblement divergentes, Alajouanine, Maissonnet et Petit-Dutaillis admettent, pour les troubles subjectifs tardifs des trépanés, une proportion moyenne de : a) états stationnaires : 65 0/0 ; b) améliorations : 25 0/0 ; c) aggravations : 10 0/0.

En 1929, un décret présidentiel modifie le guide-barème français des invalidités pour les pensions militaires en ce qui concerne la neuro-psychiatrie ; mis au point avec la collaboration de spécialistes, ce document spécifie : « Les blessures du crâne, avec ou sans perte de substance osseuse, peuvent s'accompagner de lésions des centres nerveux, de phénomènes commotionnels plus ou moins durables, enfin de phénomènes subjectifs à évolution souvent régressive. » L'indemnisation doit être établie en tenant compte, d'une part, de la lésion osseuse, d'autre part, des troubles fonctionnels ou des phénomènes subjectifs. Ces derniers sont ainsi décrits : « Syndrome subjectif commun des

(1) A. PITRES et L. MARCHAND. — Les séquelles du syndrome commotionnel chez les blessés cranio-cérébraux. *La Presse médicale*, 16 mai 1918, n° 28, p. 253.

blessures du crâne (céphalée, éblouissements, vertiges), troubles de l'humeur et du caractère, émotivité, angoisse, fatigabilité, insomnie, diminution de la mémoire, troubles vaso-moteurs, tous phénomènes dont la régression est d'ailleurs habituelle » ; il faut y ajouter les vertiges labyrinthiques quand ils existent. Enfin, sont indemnisés séparément les troubles fonctionnels (hémiplegie, aphasie, épilepsie, etc.).

L'exposé qui précède appelle une double remarque. Tout d'abord, il résume simplement la description qui avait été faite pendant la guerre : il n'y ajoute, n'en retranche, n'y modifie rien ; il mentionne le syndrome commotionnel et insiste fidèlement sur le caractère habituellement régressif du syndrome subjectif. Il décrit, en somme, les cas récents ; il ne dit pas, toutefois, ce que ces troubles habituellement régressifs sont devenus, en 1929, chez les anciens blessés de la guerre ; aucune indication n'est donnée sur l'état actuel des lésions et de leurs symptômes. Or, ce barème, toujours en vigueur, est un guide pour l'expert, et aussi pour le blessé ; il faut donc encore apprécier aujourd'hui l'état du sujet tel qu'il serait s'il s'était stabilisé dans les mois qui ont suivi la blessure.

La seconde critique qu'appelle la description du guide-barème vise le diagnostic différentiel. Il n'est pas douteux que, pendant la guerre et les quelques années qui l'ont suivie, les symptômes décrits étaient bien la conséquence directe de la blessure : chez des sujets jeunes, normaux par ailleurs, l'étiologie n'était pas discutable. Mais il y a plus de dix-sept ans que le dernier blessé est tombé ; le jeune homme est devenu quadragénaire. Or, le guide-barème est muet sur les phénomènes nouveaux que les années et les multiples facteurs pathogènes intercurrents ont pu ajouter ou substituer aux précédents, aussi bien que sur leur interprétation. Bien plus, la liste des signes neuro-psychiques qu'il établit au titre du syndrome subjectif permet de grouper, sous cette étiquette, des manifestations dont le rapport à la blessure ancienne du crâne est, pour le moins, cliniquement douteux. L'alcoolisme, les processus artériopathiques, les psychopathies, certaines affections du névraxe, les atteintes rénales, hépatiques, digestives, l'obésité, le diabète, la syphilis, la tuberculose, fournissent aujourd'hui, au syndrome subjectif des anciens traumatismes crâniens, un important appoint ; ces états déterminent, en effet, dans la sphère subjective, des troubles d'ordre banal dont la réalité est incontestable et qui sont précisément ceux qu'énumère le guide-barème de 1929, sans les discriminer, ni faire allusion à un diagnostic différentiel éventuel.

Nous avons déjà rappelé le mode, très judicieux, d'indemnisation des blessures du crâne que prévoit ce barème en application de la loi des pensions ; défendu en 1927, au Congrès de Varsovie, par Fribourg-Blanc, il sépare la lésion anatomique (brèche osseuse) des troubles subjectifs et fonctionnels. Mais l'habitude, fondée à l'origine, de décrire, dans les certificats d'expertise, les phénomènes subjectifs sans en discuter la réalité ni la cause, s'est conservée : il est devenu de jurisprudence et d'usage constants d'attribuer, à la suite de la brèche, un taux d'invalidité pour le syndrome subjectif (dont le minimum est fixé à 20 0/0) ; par ailleurs, la loi du 31 mars 1919 édicte que la pension devient définitive après un certain délai. Dans ces conditions, on ne saurait se baser sur le simple dépouillement des dossiers de pensions pour apprécier le devenir des blessés du crâne.

Parmi les nombreux blessés craniens que nous avons examinés, nous retiendrons ici quatre-vingt cas de perforation complète de la voûte (intéressant les deux tables osseuses) par projectile ou trépanation ; ces sujets, pensionnés exclusivement pour la brèche et les troubles subjectifs, étaient, au moment de l'examen, indemnes de toute séquelle fonctionnelle surajoutée (épilepsie, hémiplégie, aphasie, etc.). Quarante-huit d'entre eux ne présentaient aucun phénomène subjectif notable ; les trente-deux autres accusaient des troubles divers dont un examen neuro-psychiatrique permettait d'admettre la réalité. Dans trois cas seulement, on peut penser que la blessure cranio-cérébrale était responsable des céphalalgies, du léger ralentissement intellectuel, de l'émotivité et de l'irritabilité dont souffraient encore les malades. Tous les autres présentaient un état morbide associé capable, pris isolément, de déterminer les troubles allégués : deux étaient de petits anxieux francs ; un autre, tuberculeux pulmonaire avec mauvais état général ; quatre avaient des troubles dyspeptiques accompagnés d'insuffisance hépatique et de signes d'alcoolisme chronique ; trois étaient des brightiques et les dix-neuf derniers montraient des signes de sclérose vasculaire associés, chez douze d'entre eux, aux petits symptômes de l'éthylisme chronique avec, dans un cas, un signe d'Argyll et, dans un autre, un souffle d'insuffisance aortique.

Ainsi, sur 80 blessés de la guerre, observés de 1933 à 1935, atteints de perforation cranienne sans séquelle appréciable de lésion méningo-cérébrale localisée, 48 se sont montrés indemnes de troubles subjectifs réels, soit 60 0/0 ; 32 (40 0/0) présentaient des éléments plus ou moins accentués du syndrome subjectif. Parmi ces derniers, 29 (36,25 0/0) souffraient d'une affection

surajoutée ; chez 3 seulement (3,75 0/0), aucune cause secondaire n'a pu être décelée avec certitude (1).

Au point de vue clinique, l'intensité du syndrome est variable. Sa symptomatologie, d'ailleurs, diffère un peu à l'analyse de ce que l'on observait chez les trépanés récents et elle est souvent plus variée ; on note une sensibilité de la région blessée, une céphalée vague, occipitale ou diffuse, accrue par le travail intellectuel prolongé, quelquefois à type migraineux ; des étourdissements ou des éblouissements, des sensations vertigineuses, de la somnolence, des altérations avec variations rapides de l'humeur et du caractère, de la fatigabilité physique et psychique entraînant des troubles de l'attention et de la mémoire de fixation. Elle s'enrichit aussi de petits signes brightiques ou d'alcoolisme chronique. Ce syndrome a, d'autre part, un caractère évolutif particulier : d'apparition relativement récente, il s'est développé après une période latente de dix ou quinze ans qui avait succédé à l'atténuation progressive des troubles subjectifs initiaux.

Nous résumerons ici quelques observations, montrant cette apparition ou réapparition tardive de troubles subjectifs chez les anciens blessés crâniens, ainsi que le facteur vasculaire qui en est la cause habituelle :

OBSERVATION I. — M. B..., colonel d'infanterie, blessé en juin 1918, présente une vaste brèche temporo-pariétale gauche (d'environ 16 cm²). Bel officier de troupe, d'une énergie exceptionnelle, il refusa de quitter la zone des armées et reprit le commandement de son régiment, sans permission de convalescence, deux mois après la blessure. Il termina la campagne, fit quelques mois d'occupation en Allemagne puis partit en Syrie, sur sa demande, où il participa pendant un

(1) On voit que ces chiffres diffèrent considérablement de ceux des autres statistiques publiées. Nous nous sommes basé, pour les établir, uniquement sur les résultats de notre examen, sans tenir aucun compte du problème de l'indemnisation et des conclusions médico-légales. Il est incontestable que les modalités d'application des lois de pensions sont de nature à perturber les statistiques ; Fribourg-Blanc, Lévy-Valensi l'ont déjà fait observer et nous l'avons montré plus haut en ce qui concerne le barème français. D'autre part, les médecins ne voient pas les anciens blessés qui ne souffrent pas.

Par ailleurs, on a remarqué que les troubles subjectifs étaient plus fréquents chez les anciens trépanés indemnes d'autre complication nerveuse. Nos observations tendent à établir nettement le contraire, confirmant l'opinion de Fribourg-Blanc (cf. *Vie médicale*, 25 mai 1934, n° 10, p. 441), pour qui il s'agirait « d'une tendance à la persévérance » chez certains blessés ne présentant pas d'autre séquelle indemnizable. En outre, dans tous les cas (sauf deux) de syndrome post-commotionnel prolongé réel que nous avons examinés, nous avons pu déceler des signes résiduels de lésion en foyer, traduisant la contusion cérébrale produite par le choc.

an à des opérations particulièrement pénibles. Il prit enfin le commandement d'un régiment dans une garnison. Jusqu'en 1924, dit-il, il ne souffrit pas de sa blessure et pu mener sans aucun trouble l'existence d'un chef de corps dans les conditions que nous venons d'indiquer ; à partir de cette époque, il commença à éprouver des maux de tête, des étourdissements, une extrême difficulté de l'effort intellectuel. Ces troubles s'accrochèrent assez vite et il se vit contraint de quitter l'armée, ne pouvant plus assurer les fonctions de son grade. Actuellement, ils sont très marqués et il s'y ajoute une émotivité exagérée avec du bégaiement et des accidents comitiaux atypiques. Objectivement, on note tous les signes d'une sclérose myocardique et vasculaire accentuée avec une tension de Mx. : 19, Mn. : 12, au tensiophone.

Le fait qui suit est du même ordre :

OBSERVATION II. — Co... Jacques, 41 ans, blessé en 1916, présente une trépanation pariétale. Depuis dix-huit mois environ, il souffre de céphalées exagérées par les efforts, de diminution de la mémoire, d'éblouissements, d'irritabilité excessive. On trouve une tension artérielle de Mx. : 18, Mn. : 10 à l'oscillomètre muni du brassard de Gallavardin (juin 1935).

Un certificat d'expertise, daté du 13 octobre 1923, mentionne seulement : « quelques céphalées sans amnésie ».

Le parallélisme entre le développement du « syndrome subjectif » et les modifications circulatoires est mis en évidence, dans ce cas, par les constatations ainsi faites à douze ans d'intervalle.

OBSERVATION III. — V... Antoine, classe 1915, présente une vaste brèche fronto-pariétale de 15 cm². Il se plaint de céphalées persistantes, de vertiges avec sensation de chute, de troubles du caractère et de la mémoire, de tristesse anormale. Ces troubles se sont particulièrement aggravés depuis un an ; il n'avait, auparavant, que quelques maux de tête intermittents.

Les réflexes tendineux sont normaux. Il existe une ébauche de cercle cornéen sénile ; la pression artérielle est de Mx. : 19, Mn. : 11 (Pachon-Gallavardin).

OBSERVATION IV. — Le sergent E..., classe 1910, a été atteint, en 1914 par de multiples éclats d'obus superficiels au cuir chevelu, et est retourné au front quelques semaines après. Il se présente, le 24 septembre 1934, souffrant depuis deux ans de céphalées, de mouches volantes, d'intolérance aux bruits et aux lumières vives (il ne peut plus aller au cinéma), de somnolence, de distractions dans son

travail, de déficience de la mémoire, de modifications du caractère. Quelques symptômes d'imprégnation éthylique ; pas de signe de brightisme. Examen neurologique négatif. Tension artérielle : Mx. : 20, Mn. : 14 (Vaquez-Laubry).

En raison de la présence de plusieurs petits éclats sous-cutanés, on pratique une radiographie qui révèle l'existence d'un fragment métallique lenticulaire intracérébral, resté jusqu'alors méconnu et absolument latent. Bien portant jusqu'en 1932, R... n'avait jamais souffert de sa blessure.

On voit que ce syndrome subjectif secondaire des anciens trépanés diffère par ses causes, son évolution et souvent quelques symptômes du véritable syndrome subjectif post-traumatique. Nous reviendrons sur ces caractères à propos des anciens commotionnés ; mais nous rapporterons encore un fait, qui définit bien la nature de ces phénomènes tardifs et se distingue des précédents en ce qu'il s'agit d'une blessure de la face n'intéressant pas la boîte crânienne.

OBSERVATION V. — V... Charles, classe 1902, a été blessé à la face, en 1918, par un éclat d'obus qui effondra l'os malaire gauche, fractura les os du nez et entraîna la perte de la vision de l'œil gauche (sans énucléation).

Le 28 juin 1935, au matin, il fut atteint d'un ictus avec obnubilation de la conscience, vertige continu, vomissements, raideur de la nuque et hémiplegie gauche ; l'après-midi du même jour, alors que les premiers accidents avaient déjà rétrogradé, survint un nouvel ictus avec hémiplegie droite et aphasie, qui s'amendèrent eux-mêmes, en quelques heures. Le liquide céphalo-rachidien fut trouvé hypertendu, sans autre réaction pathologique, la tension artérielle de Mx. : 14,5, Mn. : 8,5.

Depuis ce jour, M. V... se plaint de céphalées et surtout de paresthésies crâniennes prédominant à droite, du côté opposé à la blessure (engourdissements, sensations de froid), d'éblouissements, de vertige à l'occasion des mouvements brusques, d'intolérance aux bruits, de fatigabilité intellectuelle. Il ne souffrait de rien auparavant.

Le seul signe neurologique décelable est une vivacité des réflexes rotuliens et achilléens plus marquée à gauche qu'à droite. On trouve un cercle cornéen incomplet de l'œil droit (œil normal), une radiale un peu indurée, une tension artérielle sensiblement plus élevée qu'au moment des accidents paroxystiques (Mx. : 16,5, Mn. : 10, à l'oscillomètre muni du double brassard).

Cette dernière observation met bien en évidence le rôle des perturbations vasculaires cérébrales dans la genèse du syndrome

subjectif tardif, chez un sujet qui n'avait pas eu, à l'origine, de troubles subjectifs traumatiques vrais.

Nous ferons, enfin, en ce qui concerne ces blessés du crâne, une dernière remarque clinique : leur état général est, dans l'ensemble, excellent. Au surplus, leurs carnets de soins sont habituellement peu chargés, attestant par là que les troubles subjectifs, même réels, les gênent relativement peu dans la vie courante. Et si, pour terminer, on quitte le domaine spécial des pensions afin de rechercher, sans idée de statistique, ce qu'ont pu devenir certains anciens trépanés, on les trouve chefs d'entreprises importantes, avocats, médecins, hauts fonctionnaires, parlementaires, ministres ; interrogés, ils déclarent ne plus souffrir depuis longtemps de leur blessure et leur carrière montre, en tout cas, qu'ils n'ont été entravés par elle ni dans leur vie sociale, ni dans leur activité intellectuelle.

On peut donc dire que, pour un certain nombre de plaies perforantes du crâne par projectiles de guerre, le pronostic éloigné est bénin ; nombreuses, d'autre part, sont les brèches que l'on trouve comblées ou partiellement réduites par du tissu osseux de néoformation. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, et nous étudierons, dans un autre mémoire, les séquelles graves des blessures cranio-cérébrales. Cette gravité n'est pas toujours en rapport avec celle de la blessure initiale, ni avec l'importance de la lésion anatomique (destruction osseuse et perte de tissu cérébral) : nous avons vu, par exemple, un sujet porteur d'une brèche fronto-pariétale antérieure gauche d'environ 75 cm², impulsive à la toux et fortement excavée, qui ne souffrait que de quelques étourdissements ; les observations originales mentionnaient une perte importante de substance cérébrale. Enfin, la tolérance du cerveau et parfois remarquable puisque, dans quatre de nos cas favorables, il persistait des fragments métalliques intracraniens.

Nous dirons seulement quelques mots, ici, des plaies du cuir chevelu avec érosion osseuse plus ou moins profonde, mais respectant la table interne. Dans ces cas, les troubles subjectifs primitifs ont souvent été minimes et ont assez rapidement régressé. Ceux que l'on observe aujourd'hui sont secondaires ; ils relèvent des mêmes causes surajoutées que nous avons signalées à propos des plaies pénétrantes et que nous retrouverons chez les commotionnés. Il faut signaler, cependant, certains phénomènes douloureux ou paresthésiques siégeant dans la région blessée et accompagnés d'anesthésie ou d'hypoesthésie du cuir chevelu dans le territoire nerveux correspondant.

Le syndrome subjectif post-commotionnel

Le syndrome commotionnel est caractérisé essentiellement par l'absence de blessure apparente au niveau de la tête, en tout cas par l'absence de perforation crânienne ; il est dû à l'ébranlement du cerveau par un choc porté sur le crâne soit directement, soit indirectement, par l'intermédiaire du squelette (chute sur les pieds, les fesses, etc.). On l'a attribué aux chocs produits par les éboulements (abris, parapets, etc.), au « vent du boulet », aux vibrations, à la compression ou à la décompression brutale provoquée par les explosions dans leur voisinage immédiat, à la projection par la détonation, etc. Le commotionné tombe immédiatement dans le coma, ne se relève pas ; parfois, la perte de connaissance initiale s'est prolongée par une narcolepsie de durée variable. Sorti de cet état, le sujet reste inerte, indifférent, dans un état de torpeur ou d'obtusion intellectuelle, avec sommeil fragmentaire, mais sans onirisme ; son attention ne peut être retenue (aproxie de Chavigny), les souvenirs ne se fixent pas. Rapidement ou peu à peu, il reprend conscience, conservant une lacune amnésique pour l'accident et la période subséquente ; il reste plus ou moins fatigable, ralenti au point de vue intellectuel, mais inquiet et irritable, souffre de maux de tête, d'étourdissements accompagnés de bradycardie et d'hypotension artérielle. Ce tableau clinique, en s'atténuant, se rapproche du syndrome atopique des blessés du crâne, dont il diffère, selon Villaret et Mignard, par les circonstances étiologiques, l'état confusionnel et l'amnésie continue. Henri Aimé (1), qui a fait des états commotionnels, une intéressante classification, distingue, entre autres : 1° une forme labyrinthique, bien caractérisée par sa symptomatologie de localisation ; 2° une forme douloureuse avec céphalée frontale, obnubilation et fatigabilité psychique, asthénie, éblouissements, quelques modifications du caractère ; 3° une forme typique avec mydriase persistant parfois plusieurs mois, surréléactivité tendineuse moins durable et coïncidant habituellement avec l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, des troubles vasomoteurs et un état de torpeur psychique plus ou moins intense. Cette subdivision est schématique et il existe un grand nombre d'associations.

(1) Henri Aimé. — De la variété et de l'évolution des troubles nerveux et psychiques d'origine commotionnelle pendant la guerre. *La Presse médicale*, 22 février 1917, n° 12, p. 113.

La guérison est habituelle et généralement assez rapide. Parfois, une symptomatologie plus ou moins atténuée se prolonge quelque temps, comme chez les trépanés ; c'est le « syndrome subjectif des commotionnés », décrit par le guide-barème des pensions. Enfin, quelques cas graves se compliquent ou évoluent vers un état chronique, pseudo-déméntiel.

Il s'agit là des accidents commotionnels qui ont entraîné l'évacuation sur une formation sanitaire. Il faut aussi mentionner les innombrables cas frustes où l'homme, surpris par l'arrivée d'un projectile, se relevait étourdi, titubant, les oreilles bourdonnantes, la tête douloureuse, sans pensée, pour reprendre son état normal au bout de quelques heures, de deux ou trois jours, sans avoir été même relevé des tranchées.

On a vu, inversement, des commotions cérébrales sans syndrome commotionnel. Ces faits appartiennent au syndrome contusionnel (André Léri), dont les manifestations psychiques sont différentes et, parfois, font défaut ; la contusion cérébrale se traduit alors par des accidents comitiaux ou des lésions localisées (aphasie, hémiplegie, monoplégie) indépendants de tout trouble mental. Elle peut donner lieu à un syndrome subjectif résiduel, comme tous les traumatismes cranio-cérébraux, plus tenace que le syndrome post-commotionnel pur.

On a d'ailleurs quelque peu abusé de la notion de commotion, sans tenir compte des conditions physiques précises nécessaires à sa production, bien qu'elles aient été mises en évidence par des expériences, telles que celles de Chavigny (1). En réalité, les désordres généraux provoqués par les commotions vraies sont tels qu'ils ont souvent entraîné une mort immédiate ou rapide. Les circonstances mêmes du traumatisme ne permettent pas de conclure *ipso facto* à un état commotionnel : un malade que nous avons observé en 1916, pris dans l'explosion d'une mine, présentait un syndrome émotionnel typique, sans signe de commotion ; un observateur d'artillerie qui se trouvait dans un trou d'obus que vint écrêter un autre projectile, fut gravement blessé, mais ne fut pas commotionné.

Nous n'insisterons pas ici sur les états émotionnels de guerre. Nous nous bornerons à rappeler leur grande fréquence, très souvent méconnue en raison de la confusion établie entre syndrome émotionnel et syndrome commotionnel, malgré les travaux de Régis, Mairet et Piéron, Clovis Vincent, André Léri, René Char-

(1) CHAVIGNY. — Les explosions du champ de bataille. *Soc. méd.-psych.*, 30 juin 1919 ; *Annales méd.-psych.*, septembre 1919, n° 5, p. 408.

pentier, etc. Gilbert Ballet et Rogues de Fursac (1) avaient notamment insisté, dans un mémoire fondamental, sur le fait que les « commotionnés » (du moins ceux qui arrivaient jusqu'aux formations de l'intérieur : il s'agissait des cas graves) étaient, en réalité, cliniquement, des « émotionnés » ; nous (2) avons essayé de montrer, d'autre part, que la plupart des séquelles de commotion par explosion d'obus, de torpille ou de mine, par éboulement, etc., étaient, en fait, les conséquences d'un choc émotif intense par « arrivée » d'obus. La confusion n'en a pas moins persisté ; si l'on fondait actuellement une statistique sur le dépouillement des dossiers de pensions, le nombre des états post-émotionnels apparaîtraient à peu près nul, alors que les syndromes dits post-commotionnels se comptent par centaines, sinon par milliers. Le guide-barème de 1929 lui-même, sorte de compromis entre les différentes thèses soutenues pendant la guerre, laisse subsister certaines incertitudes des premiers observateurs. Il indique bien, cependant, la nécessité de différencier les commotions des émotions, lesquelles « sont infiniment plus fréquentes ». Il insiste sur la curabilité des états commotionnels, mais s'attarde sur les formes prolongées et à rechutes, formes rares, qui s'opposaient aux types habituels, rapidement régressifs (3). Ainsi, le guide-barème reproduit, sans les modifier ni les compléter, les descriptions premières. Aussi prescrit-il de « prolonger autant que possible l'indemnisation temporaire et révisable » et il établit l'existence d'un « syndrome subjectif des commotionnés : céphalées et étourdissements ; à évaluer sensiblement moins que pour les blessés du crâne... », le syndrome subjectif semblant plus curable... ». Ce syndrome est un état résiduel, reliquat plus ou moins trainant du syndrome commotionnel proprement dit.

Ce document fixe ainsi l'état du problème des commotions aux premiers stades ; ses résumés cliniques sont d'excellentes instructions pour le médecin des salles neuro-psychiatriques d'un hôpital

(1) Gilbert BALLET et ROGUES DE FURSAC. — Les psychoses « commotionnelles » (psychoses par commotion nerveuse et choc émotif), *Paris médical*, 1^{er} janvier 1916, n° 1, p. 1.

(2) René TARGOWLA. — Note sur deux cas frustes de psychose « par éclatement d'obus », observés dans un corps de troupe. *Ann. méd.-psych.*, février 1919, n° 2, p. 96 ; E. DUHOT et René TARGOWLA : *Loc. cit.*

(3) Nous avons observé un de ces cas, suite d'une chute en avion, dont la phase aiguë avait duré deux ans, laissant derrière elle une amnésie lacunaire pour toute cette période (y compris l'accident) ; hormis ce « trou » dans ses souvenirs, le sujet ne conservait aucune séquelle de la commotion. D'autre part, nous n'avons vu depuis 1929, au Centre de réforme de Paris, que deux cas de forme prolongée de syndrome commotionnel typique ; ce sont là des faits devenus actuellement des raretés cliniques.

de campagne ou chargé de l'examen des cas récents. Il néglige toutefois les indications que devrait recevoir l'expert, dont le rôle est, aujourd'hui, d'apprécier les séquelles tardives des commotions ou, mieux, l'état *actuel* des *anciens* commotionnés.

La faveur dont a joui et jouit encore le terme de « commotion » oblige donc, pour étudier le devenir des commotionnés, à débayer d'abord le terrain. Nous reviendrons sur les états émotionnels et contusionnels dans un travail ultérieur. En ce qui concerne les autres syndromes attribués à tort à une commotion cérébrale, il serait impossible d'établir une statistique valable ; nous citerons des cas méconnus de syndrome de Parkinson post-encéphalitique (trois cas), de syndrome pseudo-bulbaire, un cas de spasme de torsion, des migraines, divers syndromes neuro-syphilitiques, la mélancolie périodique ou présénile, l'éthylisme subaigu ou chronique, des psychoses, l'épilepsie tardive, etc. Nous donnerons toutefois quelques exemples montrant la fragilité de la notion étiologique de commotion dans certains cas de « syndrome subjectif ».

L'un de ceux-ci constitue, en réalité, un état de mélancolie périodique à accès courts, d'une à deux semaines, se reproduisant deux ou trois fois par an. L'existence d'une commotion initiale n'est pas établie formellement et il semble bien que l'épisode morbide tenu, par la suite, pour « commotionnel », n'ait été que le premier accès dépressif d'un sujet jeune (alors âgé de vingt ans).

Un autre cas concerne un homme de 62 ans, grand hypertendu (24-13, à l'oscillomètre), qui avait été traité à la fin de la guerre (il avait alors 45 ans) pour un syndrome mélancolique avec dépression, anxiété et préoccupations hypocondriaques ; cet état avait persisté avec des variations d'intensité pour aboutir, à la suite d'un ictus, à un affaiblissement intellectuel sur lequel surnageaient les éléments mélancoliques primitifs et qu'accompagnait une hémiplegie spasmodique. Le diagnostic de démence artériopathique était évident et il était facile, avec les éléments du dossier, de relier cet état et le syndrome de mélancolie tardive qui l'avait précédé. Or, ce malade (qui était, du reste, toujours demeuré à l'arrière) était pensionné pour « séquelles de commotion » : les troubles psychiques, par leur seule existence, avaient fait admettre la commotion originelle. Nous verrons plus loin (Observation XX) un fait comparable.

Un dernier exemple n'est pas dénué de quelque pittoresque ; il s'agissait d'un ancien territorial, artério-scléreux, se plaignant de troubles de la mémoire, d'étourdissements, de lourdeurs de

tête, de vertige des hauteurs ; il rapportait ces phénomènes à une commotion par un éclat d'obus de 150 « qui lui était passé entre les jambes », expliquait-il. En fait, cet homme exécutait des travaux à bonne distance d'une zone, d'ailleurs vide, que l'artillerie ennemie bombardait avec une régulière obstination ; abrité, il observait avec intérêt les points de chute, lorsqu'un gros éclat, à bout de course, passa en vrombissant près de lui, pour aller mourir un peu plus loin. D'émotion, le brave homme s'évanouit ; on le transporta à un poste de secours où il reçut des soins. Le diagnostic de troubles post-commotionnels fut porté.

De tels faits font apparaître la facilité excessive avec laquelle a été souvent admise l'étiologie commotionnelle des affections nerveuses et psychiques observées chez les anciens combattants ; bien plus, du seul diagnostic neuro-psychiatrique, on a inféré à mainte reprise l'existence d'une commotion originelle imaginaire. Ces erreurs ont pris une nouvelle importance avec les décrets-lois de 1935 : des pensions qui devraient être soumises à la révision sont, du fait de l'origine traumatique ainsi admise à tort, considérées comme intangibles.

Nous n'insisterons pas ici sur les formes démentielles ou pseudo-démentielles chroniques, d'ailleurs très rares, ni sur les associations (épilepsie, paralysies, etc.) relevant du syndrome contusionnel plutôt que des commotions diffuses du névraxe. Nous nous bornons à étudier l'état actuel du syndrome subjectif simple, reliquat de commotion, tel qu'il est défini plus haut. Dans ce cadre, nous isolerons un groupe de faits qui mérite tout spécialement d'attirer l'attention en raison de son importance numérique et de son intérêt clinique.

Nous avons ainsi retenu cent observations de « syndrome subjectif » pur, indemnes de toute complication neurologique ou psychique. Il s'agit d'anciens combattants présentant une pièce d'évacuation du front pour commotion cérébrale, quelquefois accidentelle, presque toujours due à l'explosion d'un obus ou d'une torpille, à l'éboulement d'un abri ou d'une tranchée ; ils demandent une pension ou sont déjà indemnisés depuis quelques années à 10, 15, 20 p. 100 pour un syndrome subjectif post-commotionnel. Un certain nombre de ces hommes ont atteint ou dépassé la cinquantaine ; quelques-uns ont 36, 37 ou 38 ans, la plupart ont de 40 à 46 ans. Nous en éliminerons immédiatement onze pour lesquels l'exagération ou la simulation simple nous ont paru hors de doute, tel ce sujet qui souffrait de maux de tête à chaque anniversaire de sa blessure.

Les intéressés accusent presque toujours des céphalées : sensation de tête serrée, maux de tête intermittents ou continus à localisation frontale, occipitale ou diffuse, parfois d'allure migraineuse ou encore sensibilité du cuir chevelu, au niveau d'une ancienne contusion ou d'une blessure superficielle. Les vertiges d'origine labyrinthique sont rares ; les malades se plaignent essentiellement de « troubles », terme qui est entré dans le vocabulaire courant des pensionnés et qui traduit tantôt des paresthésies indéfinissables mais non douloureuses, des sensations passagères de vide dans la tête ou d'instabilité, sortes d'ébauches de l'éblouissement qu'a décrit Pierre Marie, tantôt ces éblouissements mêmes ou des étourdissements, tantôt enfin des sensations vertigineuses plus ou moins accentuées.

Il s'y ajoute habituellement une hyperémotivité plus ou moins marquée, objectivable quelquefois par l'accélération du pouls, l'hésitation de la parole, l'élévation passagère de la pression artérielle ; cette émotivité exagérée peut aller jusqu'à la sensiblerie, avec pleurs faciles, lamentations. Elle s'accompagne de variations de l'humeur, d'altération du caractère, d'intolérance aux bruits, aux trépidations, aux lumières vives. Il existe parfois des troubles du sommeil. Le malade s'inquiète de quelques troubles de la mémoire, dysmnésie de fixation surtout, d'une certaine fatigabilité de l'attention, d'une diminution de sa capacité d'effort intellectuel, souvent de fatigabilité musculaire, d'asthénie, de somnolences diurnes. Parfois, enfin, cet état se complique, constituant un véritable petit syndrome dépressif.

L'examen neurologique est négatif ; on trouve seulement une certaine vivacité des réflexes tendineux.

En résumé, étourdissements ou éblouissements, céphalées, dysmnésie, fatigabilité sensorielle et intellectuelle, modifications de l'humeur et du caractère, vivacité des réflexes tendineux, sont les éléments principaux de ce « syndrome subjectif » tardif, dont se plaignent les anciens commotionnés.

Les 89 cas qui ont servi de base à cette description se divisent en trois groupes :

a) Le premier comprend deux sujets, apparemment de bonne foi (1), pour lesquels nous admettons l'étiologie commotionnelle

(1) Nous ne discutons pas ici les éléments du diagnostic de véracité, confirmant ou corroborant la réalité des troubles allégués, sur lesquels nous sommes basés. Le diagnostic médico-légal du syndrome subjectif est d'ailleurs très délicat (examen psycho-clinique, histoire du malade, épreuves de dépistage, petits signes de déséquilibre circulatoire encéphalique, modifications du liquide céphalo-rachidien, etc. Voir à ce sujet, les *Comptes rendus du Congrès d'oto-neuro-oculistique*, Montpellier, 1932).

des troubles persistants invoqués, faute d'avoir pu mettre en évidence un autre facteur causal (il s'était agi d'ailleurs de commotions graves). Dans tous les autres cas analogues, nous avons pu déceler l'association de petits signes de lésion en foyer, reliquat de phénomènes contusionnels initiaux et nous les avons éliminés de cette statistique.

b) Le second groupe comprend 14 cas ; aux phénomènes subjectifs allégués s'ajoutent des signes évidents d'imprégnation éthylique nerveux, hépatiques et gastriques.

c) Le groupe le plus important (73 cas) est constitué par des malades présentant une atteinte vasculaire : hypertension artérielle plus ou moins accentuée, gérontoxon, clangor aortique, induration ou flexuosité légère de la radiale ; dans certains cas, la sclérose vasculaire s'accompagnait d'albuminurie avec ou sans autres symptômes de néphrite chronique ; l'association d'alcoolisme est fréquente et cinq malades présentaient, en outre, des signes de neuro-syphilis. Il existe habituellement de l'hypercholestérinémie et un petit excès de pigments biliaires sans hyperazotémie ; quelquefois, on note une glycosurie intermittente de quelques grammes. L'obésité n'est pas exceptionnelle.

Voici quelque exemples caractéristiques, rapidement résumés :

OBSERVATION VI. — Cr... Alphonse, classe 1916, engagé volontaire en 1914. Commotionné dans un éboulement d'abri le 15 juin 1915, il retourne au front après quelques semaines de repos dans un hôpital de la zone des armées. Il accomplit le reste de la campagne, est blessé plusieurs fois et deux fois cité à l'ordre du régiment.

En mars 1933, seulement, il demande et obtient une pension de 10 p. 100 pour : « céphalées, vertiges, dysmnésie, intolérance aux bruits, irritabilité. Séquelles de commotion subie en 1915 ». Un an plus tard (mars 1934), le taux d'invalidité est porté à 25 p. 100 : on note l'accentuation des troubles, l'incapacité de se livrer à un travail suivi, l'apparition de « vertiges avec chute, sans perte de connaissance », l'hyperémotivité et l'irritabilité. Le 11 août 1934, nouvelle demande d'aggravation, qui permet de constater un syndrome de mélancolie lié à l'involution présénile avec signes de sclérose vasculaire cérébrale, hypertension artérielle et extrasystoles. Enfin, en octobre, apparition de crises franchement comitiales qui s'accroissent au cours de 1935. Il existe, en outre, des signes d'imprégnation éthylique et l'on trouve, à l'occasion d'une hospitalisation (crises rapprochées et épisode confusionnel), de l'alcool dans les urines.

A noter qu'en 1921, 1928, 1930, Cr... avait tenté vainement d'obtenir une pension pour d'autres blessures, sans faire mention des « troubles post-commotionnels » qui, alors, n'existaient pas.

Cette observation, comparable à l'observation I, est particulièrement intéressante ; elle montre l'évolution rapidement progressive vers un état épileptique grave d'un « syndrome subjectif » apparu dix-huit ans après la commotion, chez un scléreux, alcoolique et hypertendu, de 36 ans. L'invalidité est actuellement de 80 p. 100.

Voici d'autres faits qui caractérisent le « syndrome post-commotionnel » tardif, tel qu'il apparaît dans sa forme simple, habituelle, avec la symptomatologie même indiquée par le guide-barème :

OBSERVATION VII. — Ch... Auguste, maréchal des logis, classe 1906, est examiné le 6 mai 1935, à 49 ans, pour les suites d'une commotion par éclatement d'obus, remontant à 1916.

Il présente, depuis dix-huit mois environ, des maux de tête, des éblouissements, des étourdissements, une légère dysmnésie d'évocation, de l'hyperémotivité, de l'insomnie, des cauchemars.

Les réflexes sont normaux. Pas d'alcoolisme chronique. Bruits aortiques fortement claqués, pouls dur, tension artérielle : Mx. : 23, Mn. : 11, indice oscillométrique : 13 (oscillomètre et brassard de Gallavardin).

OBSERVATION VIII. — L... Léon, 38 ans, est examiné le 21 septembre 1935, pour une cicatrice du cuir chevelu recouvrant quelques irrégularités de la table externe sous-jacente. Depuis « quelques années », il souffre de céphalées, d'étourdissements, de dysmnésie de fixation et d'une fatigabilité intellectuelle croissante qui le gênent dans son travail.

Première demande de pension en 1932.

On note une ébauche de cercle cornéen sénile bilatérale. La tension artérielle est de Mx. : 18, Mn. : 10 à l'oscillomètre de Pachon. Sujet pléthorique.

OBSERVATION IX. — J... Arsène, classe 1907, est examiné le 26 août 1935, pour une cicatrice occipitale avec légère érosion sous-jacente de la table externe. Il se plaint de céphalées, d'éblouissements, d'hyperémotivité. On note de la tachycardie et de l'hypertension émotives (au tensiophone : 26-11 au début, 23-12 à la fin de l'examen). Il existe un gérontoxon marqué. Les réflexes tendineux sont vifs, sans autre signe neurologique.

OBSERVATION X. — B... Fernand, sergent, classe 1918, a été commotionné à 20 ans dans l'éboulement d'un abri. Vu le 11 juin 1934, il souffre depuis deux ans au moins, dit-il, de pesanteurs et de maux de tête, d'étourdissements se produisant deux ou trois fois par semaine, d'une diminution sensible de la mémoire. Il a une tension artérielle de

Mx. : 22, Mn. : 12 (à l'oscillomètre muni du brassard de Gallavardin) et une tension artérielle rétinienne minima stable à 60 ; pouls : 68. Pas d'albuminurie ni de petits signes de brightisme ; pas d'imprégnation éthylique.

On notera, dans le fait suivant, que l'hypertension est plus marquée sur la minima, constatation fréquente chez les sujets les plus jeunes, signalée par Gallavardin dans les petits signes de l'artério-sclérose.

OBSERVATION XI. — D... Raymond, 37 ans, a été commotionné à deux reprises, en 1917 et 1918. Il se plaint actuellement d'avoir des défaillances de la mémoire, de devenir irritable et émotif ; il a des étourdissements, des mouches devant les yeux, des palpitations. L'examen neurologique est négatif. A l'auscultation du cœur, on trouve quelques extra-systoles ; la pression artérielle est de Mx. : 17, Mn. : 14 (au tensiophone de Vaquez-Laubry) ; son pouls est stable à 72. Gérontoxon incomplet à l'œil droit ; cholestérine sanguine : 2 gr. 10 p. 1.000.

OBSERVATION XII. — Bu... Louis, a 52 ans lorsqu'il se présente à l'examen, le 15 mai 1935. En 1915, il a été enseveli par l'explosion d'un gros obus et a souffert ensuite pendant un an environ des troubles subjectifs des commotionnés. Depuis deux ans, après dix-sept ans de latence, ces troubles ont reparu et il a dû cesser son travail. Il se plaint de céphalées, de vertiges (sensation de chute) lorsqu'il se met debout, d'intolérance aux bruits, de troubles du sommeil ; il se sent asthénique, ne peut faire d'effort intellectuel, perd la mémoire, devient irritable.

Les réflexes rotuliens sont faibles, sans autre signe neurologique. Il présente de l'hypercholestérinémie, de l'urobilinurie et une légère glycosurie intermittente de quelques grammes. La radiale est légèrement flexueuse ; il existe un gérontoxon bilatéral ; la tension est de Mx. : 18, Mn. : 10 (au Pachon avec le brassard de Gallavardin), le pouls un peu instable.

OBSERVATION XIII. — Ro... Fernand, classe 1909, présente des maux de tête, de l'intolérance aux bruits, un bégaiement émotif, de la fatigabilité, du ralentissement intellectuel (examiné à deux reprises, en juin 1933 et juin 1934). On trouve un cercle cornéen sénile, des bruits clangoreux au foyer aortique, une tension artérielle rétinienne élevée (65 mm.) et une tension artérielle de Mx. : 21, Mn. : 13 (Pachon-Gallavardin), une cholestérinémie de 2 gr. 30. Commotionné en 1916, il n'a fait sa première demande de pension qu'en 1930.

Nous pourrions multiplier ces observations avec des sujets de conditions sociales, de situations militaires et d'âges différents ;

ils ont été commotionnés pendant la guerre et leurs troubles ont rapidement disparu (pour la plupart en quelques semaines ; en six à dix-huit mois pour quelques-uns). Après une très longue période de latence (de six à dix-huit ans, selon leur âge), des troubles subjectifs reparaissent, se compliquent plus ou moins, s'accroissant peu à peu. A l'examen, on trouve de l'hypertension artérielle, des signes d'athérome et de sclérose.

Certains cas sont un peu plus complexes (alcoolisme chronique surajouté, mal de Bright, syphilis nerveuse) :

OBSERVATION XIV. — Ber..., 56 ans (classe 1899), est examiné le 18 février 1935 pour des troubles dont il souffre depuis six ou sept ans, qui s'aggravent peu à peu et qu'il rattache à une commotion subie en 1916. Il se plaint de céphalées persistantes s'exacerbant par crises, de somnolences survenant en particulier dans son travail, au bureau, de sensibilité au froid, de crampes musculaires, de phénomène du doigt mort, de diminution de la mémoire, de troubles du caractère, d'émotivité exagérée ; polyurie et pollakiurie nocturne.

Vivacité des réflexes patellaires. Cercle cornéen sénile. Traces d'albumine urinaire ; cholestérinémie : 2 gr. 30 p. 1.000 ; azotémie : 0,40 p. 1.000. Tension artérielle : Mx. : 20, Mn. : 12 ; I : 8 (Pachon avec brassard de Gallavardin).

OBSERVATION XV. — Bo... Gabriel, 49 ans, accuse des sensations vertigineuses avec impression de chute survenues depuis cinq ou six mois, des maux de tête, de la somnolence à son travail, de la diminution de la mémoire. Il présente, en outre, des cauchemars zoopsiques, des crampes musculaires, de la sensibilité à la pression des muscles, des nausées matutinales, du tremblement des extrémités ; tension artérielle : Mx. : 16, Mn. : 11 (Vaquez-Laubry). Réflexes normaux ; pupilles normales. Pas d'albuminurie ; azotémie : 0,40, p. 1.000 ; bilirubinémie en excès.

OBSERVATION XVI. — M... Léon, classe 1913, a été commotionné en 1917. Il accuse, depuis trois ans, des éblouissements, des maux de tête, des troubles de la mémoire.

Abolition des réflexes rotuliens ; myosis ; signe d'Argyll-Robertson.

Tension artérielle : Mx. : 17, Mn. : 14 (tensiophone de Vaquez-Laubry).

Myalgies, trémulations de la langue et des doigts, cauchemars, pituites matinales, subictère conjonctival, odeur éthylique de l'haleine.

Nous avons éliminé de cette statistique les cas où une affection nerveuse ou générale bien caractérisée donnait l'explication cli-

nique des troubles subjectifs tardifs observés. Nous n'avons retenu que les faits pour lesquels la cause immédiate n'était pas évidente et devait être recherchée ; pour la plupart d'entre eux (82 p. 100), on la trouve dans un processus de sclérose vasculaire commençante, avec ou sans obésité, parfois compliqué d'alcoolisme chronique, de brightisme, de syphilis nerveuse. Toujours, ces phénomènes subjectifs sont d'apparition tardive : tantôt ils se sont « aggravés », tantôt ils se sont développés depuis quelques années, le malade étant resté jusqu'alors bien portant ; certains sujets, qui n'avaient jamais souffert, s'inquiètent et désirent seulement « réserver leurs droits ». Très fréquemment, on observe que la pension pour « troubles post-commotionnels », lorsqu'elle est déjà concédée, ne figure aux dossiers que depuis 1929, 1930, 1932.

Nous avons envisagé dans cette étude l'état actuel du syndrome subjectif simple des blessés cranio-cérébraux (présentant une brèche osseuse ou commotionnés) à l'exclusion de toute autre séquelle. Pratiquement, lorsqu'il était isolé, ce syndrome a disparu dans le cours des trois ans qui ont suivi le traumatisme. La persistance ou la réapparition ultérieure de « troubles subjectifs » (à cinq exceptions près sur 180 cas) se présente comme la conséquence d'un facteur pathogène nouveau, indépendant du trauma initial ; le plus souvent, il s'agit de sclérose vasculaire au début avec hypertension.

Le traumatisme ancien peut-il jouer un rôle dans la production de ce processus artério-scléreux ? Il ne le semble pas. Nous avons vu que la proportion des hypertendus est de 73 p. 100 chez les commotionnés demandant une pension pour un syndrome subjectif tardif simple ; elle est inférieure à 30 p. 100 chez les blessés cranio-cérébraux présentant des séquelles proprement traumatiques plus graves et anciennement pensionnés. D'autre part, le même syndrome subjectif de la sclérose cérébrale se rencontre chez des sujets n'ayant jamais subi de traumatisme ; nous en résumerons ici trois exemples, pris dans notre consultation hospitalière ou de ville, qui se superposent exactement à ceux que nous avons rapportés plus haut :

OBSERVATION XVII. — S... Lucie, 41 ans, souffre, depuis quatre ans, de maux de tête, d'éblouissements, de dysmnésie, d'émotivité anormale et surtout d'une irritabilité excessive, de fatigabilité cérébrale et musculaire.

Réflexes tendineux vifs. Cercle péricornéen incomplet. Pouls : 72. Tension artérielle : Mx. : 16, Mn. : 11 1/2 (au tensiophone de Vaquez-Laubry).

OBSERVATION XVIII. — B... Louis, 32 ans, a, depuis quelques mois, des maux de tête, un « caractère exécrable », des troubles de la mémoire et une difficulté marquée à l'effort psychique, de l'insomnie (réveils précoces). Les réflexes tendineux sont vifs ; la tension artérielle de Mx. : 21, Mn. : 12 (Pachon) ; aucun signe de néphrite chronique.

OBSERVATION XIX. — G... Gaston, 49 ans, se plaint depuis plusieurs années de troubles qui s'aggravent peu à peu : lourdeurs de tête, somnolences, fatigabilité intellectuelle, diminution de la mémoire, étourdissements, irritabilité.

Tension artérielle : Mx. : 18, Mn. : 11 (au tensiophone) ; traces d'albumine urinaire. Sujet pléthorique.

Un dernier fait est particulièrement suggestif. Il concerne un ancien combattant dont le dossier met bien en évidence l'histoire clinique, les premières manifestations fonctionnelles du trouble circulatoire ayant été reconnues aux armées ; il montre, en outre, comment de la constatation des troubles subjectifs, on a inféré la notion étiologique de commotion, bien que le malade n'eût jamais été commotionné et que les documents originaux fussent parfaitement explicites :

OBSERVATION XX. — Q... Jean, classe 1902, venant du front, entre à l'hôpital le 4 février 1917 (à l'âge de 35 ans) avec le diagnostic : « syncopes fréquentes » et en sort le 17 mars, avec la mention : « Embarras gastrique. Troubles cardiaques. Guéri, permission. » Revenu aux armées le 30 mars 1917, il entre dans un autre hôpital le 8 avril, pour « troubles vasculaires » ; il en sort le 5 mai, avec le diagnostic : « Palpitations. Guéri, permission. » Rentré au dépôt le 17 mai, il repart au front le 30 juillet 1917 et est démobilisé le 2 mars 1919.

Le 7 octobre 1920, Q... est réformé temporairement avec une pension de 30 p. 100, pour : « syncopes survenant environ trois fois par mois, avec perte de connaissance, sans crise convulsive, bourdonnements d'oreilles et palpitations, vertiges fréquents. Tachycardie (pouls : 120) ». L'année suivante, la pension est réduite à 10 p. 100, avec le diagnostic : « Troubles légers post-commotionnels. Hyperémotivité, troubles légers de l'attention, difficulté de l'évocation des souvenirs, asthémie, céphalées, insomnies, tremblements, tachycardie sans lésion cardiaque. » Depuis 1921, Q... est resté un « commotionné », chez lequel on a noté aussi, par la suite, quelques petits signes d'éthylisme chronique.

Actuellement, à 54 ans, il se présente comme un scléreux, pseudo-bulbaire au début : l'attitude raide, la démarche un peu hésitante et à petits pas, avec un léger tremblement des mains ; il accuse des sensations de constriction thoracique douloureuses accompagnées de palpitations et de sueurs, des céphalées occipitales, des étourdissements, du vertige, du dérobement des jambes ; il présente de l'hyperémotivité allant jusqu'à la sensiblerie, des troubles du caractère, une fatigabilité intellectuelle très rapide et des troubles de la mémoire.

L'examen neurologique ne révèle que la vivacité des réflexes tendineux ; mais il a des artères flexueuses et indurées, un cercle péricornéen sénile accentué et une tension de Mx. : 18, Mn. : 12 à l'oscillomètre muni du brassard de Gallavardin.

Cette observation est démonstrative. On y voit les manifestations fonctionnelles, procédant par poussées, des premières atteintes vasculaires (1917 et 1920) auxquelles a succédé le processus lentement évolutif de sclérose qui fera de ce faux commotionné un « lacunaire » banal avec troubles moteurs et diminution intellectuelle (démence artériopathique). Ce sont bien les petits signes cérébraux de la sénilisation progressive précoce qui ont été confondus ici avec les séquelles subjectives d'une commotion inexistante.

Le syndrome subjectif secondaire des anciens traumatisés cranio-cérébraux n'est donc pas une séquelle éloignée du traumatisme. C'est un ensemble de troubles subjectifs banaux, habituellement en rapport avec un processus d'artério-sclérose cérébrale, qui s'observe au même titre chez les sujets indemnes de tout trauma ancien (1). Ce n'est pas, d'ailleurs, un problème thérapeutique que pose le malade ; au stade précoce des troubles vasculaires cérébraux, il ne sollicite guère un soulagement. C'est essentiellement un problème d'indemnisation, l'attention de l'intéressé étant attirée par la ressemblance des troubles anciens avec les manifestations actuelles, qu'il considère, en s'appuyant sur le guide-barème, comme la suite évidente de la commotion passée.

Au point de vue médico-légal (et même au point de vue de la loi sur les pensions, qui est une loi d'exception : loi de reconnaissance nationale), ce syndrome subjectif vasculaire ne peut être imputé à l'ancien traumatisme, pas plus que ne peuvent lui être imputés les mêmes troubles subjectifs accompagnant un

(1) Nous avons signalé ces faits pour la première fois dans une réponse à une enquête sur « le syndrome subjectif chez les commotionnés du crâne » : *La Vie médicale*, 25 mai 1934, n° 10, p. 451.

syndrome pseudo-bulbaire, une maladie de Parkinson ou une néphrite chronique. Il n'est lié que par une ressemblance extérieure au syndrome subjectif commun des traumatismes cranio-cérébraux récents. Nous avons signalé cette ressemblance dès 1919 et il importe d'insister sur le caractère banal de cet ensemble de symptômes réactionnels, qui s'observent non seulement à la suite des traumatismes, mais au cours d'un grand nombre d'affections du système nerveux et de maladies générales.

Toutefois, il faut examiner à part le cas où un sujet présentant déjà un état athéromateux ou de sclérose vasculaire au début, avec ou sans signes subjectifs, est victime d'un traumatisme cranien. Il n'est pas douteux que les troubles circulatoires constituent alors un élément d'aggravation, spécialement en ce qui concerne la persistance des accidents. Nous l'avons admis pour quelques trépanés et commotionnés de guerre et il semble bien qu'il en aille ainsi, notamment, dans la pratique civile : on a noté au *Congrès des accidents et maladies du travail* (Bruxelles, 22-26 juillet 1935) une proportion de 15 p. 100 de troubles subjectifs prolongés au delà d'un an ; cette proportion est plus forte que celle observée pendant la guerre : elle est due apparemment à ce que la sélection par l'âge ne joue pas ici comme elle a joué pour les combattants. On connaît d'ailleurs depuis longtemps la gravité du pronostic de durée dans les affections cérébrales liées à l'artério-sclérose, les psychoses et les psychonévroses tardives. Les altérations vasculaires sont, selon nous, un facteur de chronicité psychique et un obstacle souvent irréductible à l'action thérapeutique ; nous l'avons observé à propos de diverses psychopathies : c'est ainsi, par exemple, qu'ils sont souvent la cause de la persistance indéfinie d'un accès maniaco-dépressif chez les malades âgés. De même, le pronostic psychique de la malariathérapie doit être réservé chez les paralytiques généraux présentant des signes d'athérome ou d'artério-sclérose ; alors que l'état général et les symptômes humoraux s'amendent, l'état mental se fixe et les malades conservent de l'affaiblissement intellectuel.

Des troubles vasculaires préexistants, même légers, peuvent donc constituer un facteur d'aggravation relatif pour le syndrome subjectif et les séquelles des traumatismes cérébraux ; l'âge du sujet au moment du traumatisme est, à cet égard, un élément de présomption. Mais, lorsque les modifications circulatoires se développent assez longtemps après le trauma, ainsi qu'il est habituel chez les anciens blessés de la guerre, les troubles qu'elles déterminent ne peuvent être considérés médicalement comme une conséquence de celui-ci. Il serait souhaitable qu'une addition

au guide-barème pour les pensions précisât ces données à l'usage des intéressés et des experts, en indiquant la nécessité de rechercher systématiquement les facteurs pathogènes non traumatiques et d'établir un diagnostic différentiel.

Il nous reste à dire, en terminant, que nous n'aurions pu mener à bien ce travail sans les moyens qu'a mis à notre disposition le médecin-colonel Corbel, médecin-chef du Centre de réforme de Paris, dont la haute autorité en matière de pensions est unanimement reconnue. Sa cordiale et inépuisable obligeance mérite toute notre reconnaissance.

TEMPÉRAMENT ET CARACTÈRE

PAR

P. OSTANCOW (de Léninegrad)

Notre but n'est pas de traiter *in extenso* les problèmes du caractère et du tempérament ; cette question appartient à un thème beaucoup plus large que le nôtre. Nous nous bornons à dessein à ne traiter dans le présent article que les méthodes et les procédés de recherche d'une personnalité atteinte d'une maladie mentale et d'une personnalité pré-morbide. Une maladie mentale présente un ensemble de phénomènes qui se révèlent comme résultat des propriétés génétiques et des conditions dans lesquelles évoluait cette personnalité avant la maladie.

Seuls la genèse et le profil de la vie d'une personnalité saine (avant qu'elle ait été frappée d'une maladie mentale) peuvent fournir les données nécessaires à la solution de ce problème ; cette personnalité affectée aujourd'hui présente-t-elle des symptômes pathologiques qui ne constituent qu'une suite directe du développement de ses particularités individuelles ainsi que de traits de son caractère et de son tempérament qui lui étaient propres à la période pré-morbide ou bien ces symptômes pathologiques qui apparaissent et qui s'accroissent avec les progrès de la maladie sont-ils dus à quelque processus pathologique évoluant dans le cerveau même. Il n'est possible de décider si une maladie mentale évolue suivant le type de l'évolution d'une certaine personnalité ou si elle suit dans son développement le type du développement d'un processus pathologique que quand on connaît la personnalité pré-morbide du malade. Parmi les types de processus pathologiques, citons entre autres le type d'un processus organique : une paralysie progressive par exemple ou comme l'entend Jaspers, une psychose schizophrénique paranoïaque. En recherchant une personnalité pré-morbide, nous établissons tout d'abord le biotype auquel doit être rapportée la structure morphologique du sujet. Nous comprenons le « biotype » dans un sens plus large que ne le fait Kretschmer — mais

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Juillet 1936.

toutefois, suivant le cours de ses idées — nous estimons comme lui que les types pathologiques ne sont que des caricatures des types normaux des caractères psychologiques ; les types pathologiques ont une structure morphologique à eux, mais cette même structure leur est propre à l'état normal.

Nous observons, à la clinique psychiatrique, huit caractères psychopathiques principaux, mêlés et combinés entre eux de diverses façons, et nous admettons que ces huit caricatures aient leurs représentants (mêlés et combinés comme elles le sont) parmi les caractères normaux. Nous ne nous bornons pas à opposer un schizothymique à un schizoïde et un cyclo-thymique à un cycloïde comme le faisait Kretschmer, dans ses premiers ouvrages tout au moins.

Nos principes de classification de maladies mentales nous les font classer en trois groupes : 1) maladies d'un cerveau normalement développé ; 2) maladies du cerveau « autrement » développé (psychopathie) ; 3) maladies et arrêts dans le développement du cerveau.

Une maladie mentale est le résultat de l'effet réciproque d'un organisme et de son milieu. Si l'action produite par les mêmes conditions sur deux individus n'est pas la même, c'est que la structure morphogénétique et les données anatomo-physiologiques de ces individus ne sont pas les mêmes non plus. Ce qui nous fait penser que l'effet différent produit par les mêmes conditions sur différents sujets dépend de la constitution physique et psychique de ces derniers.

Quant à la constitution physique, nous en jugeons d'après les données obtenues par Kretschmer, Sigaud, Tcharnoroutsky. Le tempérament est intimement lié à la constitution physique de l'individu. Notons qu'il ne faudrait user du terme « tempérament » qu'en le différenciant soigneusement du terme, caractère : « tempérament » inclut l'idée de la force des réactions, celle de leur côté quantitatif et celle de leur durée (tempérament explosif, sensitif, faible, tranquille, calme, etc., etc.) ; « caractère » définit la qualité des réactions et leur nature (caractère mauvais, méchant, bon, égoïste, altruiste, etc., etc.). Or, il arrive souvent en littérature qu'on emploie un de ces termes à la place de l'autre. Kretschmer, lui aussi, parle tantôt du « tempérament schizoïde », tantôt du « caractère schizoïde », tandis que c'est le caractère seul qui est schizoïde et que deux schizoïdes peuvent avoir tous les deux des tempéraments tout à fait différents : phlegmatique, mélancolique, etc.

Depuis Hippocrate ont été reconnus et décrits 4 tempéraments : le cholérique, le sanguin, le phlegmatique et le mélancolique.

colique. J. Pavlow distingue, au fond, ces mêmes tempéraments dans son étude sur l'activité nerveuse supérieure chez les chiens; il les nomme : tempéraments impétueux, vifs, calmes, faibles.

Kretschmer divise les tempéraments en lourds d'esprit, gais, mornes et sensibles.

Fouillée a établi la classification suivante : 1) tempérament sensitif à réaction prompte et peu intense ; 2) tempérament sensitif à réaction lente et intense ; 3) tempérament actif à réaction prompte et intense ; 4) tempérament actif à réaction peu intense et lente.

Il est plus difficile de déterminer « le caractère ». Dans ce domaine, il n'existe pas de classification adoptée par tout le monde ; le « caractère » donne lieu à de nombreuses discussions. Nous autres psychiatres, préférons suivre la voie de Kretschmer, c'est-à-dire étudier les caractères « maladifs » comme des caricatures qui nous servent de base (de point de départ) dans nos recherches de leurs types normaux ; c'est ainsi que, d'après un schizophrénique-schizoïde, Kretschmer parvint à dépister un schizothymique, etc.

La clinique a établi les types suivants et leurs variantes : les cycloïdes, les paranoïdes, les épileptoïdes, les pervers, les schizoïdes, les hystériques, les psychasthéniques et les neurasthéniques (Kræpelin, Bumke, Kleist, Delmas, Claude Dide, Ganouchkine).

En fait de psychopathies, nous devons aussi mentionner le travail très intéressant et de la plus haute importance de René Charpentier : « De l'idée de dégénérescence à la doctrine des constitutions. » (1).

La forme « pure » de tous ces types ne se rencontre que très rarement en Clinique, le plus souvent on a affaire à des formes « voilées », cachées sous des stratifications d'ordre génétique ou social.

Nous classons les psychopathes d'après les types ci-dessus : 1) type standard (schizoïde, cycloïde, épileptoïde, etc.) ; 2) type standard voilé par une « couche » appartenant à un autre type (schizoïde avec empreinte de cycloïdie variée, etc.) ; 3) type amalgame (schizo-épileptoïdes, hystéro-épileptoïdes ; schizo-paranoïdes, cycloïdo-paranoïdes, etc., etc.).

Nous partageons la manière de voir de Dide (2). Comme lui, nous croyons que : « bien que l'histologie pathologique n'apporte encore aucun renseignement à ce sujet, il est tout naturel d'admettre que ces affections héréditaires soient le résultat du

(1) *Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mars 1932.

(2) DIDE : *Psychiatrie du médecin praticien*.

fonctionnement anormal de certaines régions du système nerveux central taré par hérédité ».

Nous sommes enclins à croire que les caractères pathologiques-psychopathiques dégénérés ont leurs proto-types exempts de tout trait de caricature, parmi les caractères normaux ; ces derniers sont porteurs de leurs propriétés et de leurs traits morphologiques et psychiques fondamentaux.

Les derniers travaux sur la caractérologie (W. Boven, « La Science du caractère ») dépeignent les caractères normaux conformément aux doctrines de Sigaud, Thoris, Mac-Auliffe, Kretschmer, Allendy, Pende, Jug, Ribot, Malapert, Ostwald, Dilthey, Spranger. Notons encore une fois que les traits de caractère sont souvent appliqués au tempérament et vice-versa. Malapert, par exemple, divise les caractères en apathiques, sensitifs, émotifs et passionnés d'après leur sensibilité, et en analystes critiques, réfléchis, pondérés et spéculatifs, d'après l'intelligence (intellect). D'après l'activité, Malapert distingue des caractères actifs et inactifs, à réactions, ou qui ne réagissent pas. Il nous semble, à nous, que cette classification de Malapert se rapporte plutôt aux tempéraments qu'aux caractères.

Le psychiatre hollandais Sturmman fit dernièrement une tentative d'apporter plus d'objectivité dans l'examen d'un caractère. Cet auteur n'a fait que suivre la voie de Geimans et Wierms, qui appliquèrent la méthode du questionnaire à l'étude du caractère et qui arrivèrent à établir huit types de caractères les déduisant de trois signes principaux : activité, affectivité et réaction. Ils élaborèrent une enquête contenant 90 questions que Sturmman réduisit à 35.

Entre autres, Sturmman prétend qu'il est important de rechercher et d'établir le type pré-morbide du caractère du malade, les psycho-névroses et les psychoses congénitales évoluant dans les traits de ce type pré-morbide.

Les traits essentiels propres au caractère sont : l'activité, l'effectivité, l'humeur et la réaction (primitive et secondaire) ; cette dernière capacité (propriété) du caractère, celle de réagir, est surtout importante à établir. Sturmman, tout en parlant du caractère, n'en isole pas le tempérament ; or, il va de soi, que l'activité est une expression du tempérament et non un trait du caractère.

Procédant, à notre Clinique, à la recherche et à l'étude d'une personnalité pré-morbide, nous nous servions jusqu'à présent du questionnaire Sturmman, cette méthode nous paraissant être la plus objective de toutes celles qui l'avaient précédée.

Depuis l'apparition de deux récents travaux (I. Cormann :

« Visages et caractères » ; II. *Heuyer* : « Tests de caractères en neuro-psychiatrie infantile »), nous passâmes en revue tous les procédés de recherches jusque-là appliqués, ce qui nous incita à élaborer le questionnaire ci-dessous, destiné aux recherches du tempérament et du caractère. Ce questionnaire a pour base les schémas de *Sturmann*, *Bover*, *Woodward*, *Heger*, *Corman*, *Rousseau*, *Fouillée*, *Kretschmer*, *Hippocrate* et *J. Pavlow*.

PROGRAMME ET QUESTIONNAIRE
ÉLABORÉS PAR LE PROFESSEUR P. OSTANKOW

Données biologiques

Biotype.	Respiration.
Nationalité.	Alimentation.
Taille.	Sphère sensitive.
Poids.	Organes de sens.
Constitution physique.	Sphère motrice.
	Goût pour le sport.
<i>D'après Kretschmer,</i>	Amour de voyager.
<i>Sigaud et Korman :</i>	Formule endocrinienne.
Sphère végétative.	

Tempérament

D'après Hippocrate :

1. Cholérique.
2. Sanguin.
3. Phlegmatique.
4. Mélancolique.

D'après Kretschmer :

1. Sensitif.
2. Lourd d'esprit (stupide).
3. Gai.
4. Triste.

D'après Fouillée :

1. Sensitif à réaction prompt et peu intense.
2. Sensitif à réaction lente et intense.
3. Actif à réaction prompt et intense.
4. Actif à réaction peu intense et lente.

D'après I. Pavlow :

- | | |
|-------------|---------------------------|
| 1. Effréné. | 3. Calme. |
| 2. Vif. | 4. Peu accentué (faible). |

Tempéraments et questions qui s'y rattachent

1. Mobile ?
2. Appliqué ?
3. Réussit-il vite ? (le sujet).
4. Est-il toujours occupé ?
5. Persévérant ?
6. Léger ?
7. Impulsif ?
8. Décidé ? actif ?

9. Courageux ?
10. Pratique ? adroit ?
11. Sensible ?
12. Emporté ? colère ?
13. A-t-il jamais cassé des objets, étant en colère ?
14. Est-il tolérant ?
15. Se console-t-il vite ?
16. Se réconcilie-t-il vite ?
17. Se laisse-t-il facilement persuader ?
18. Tendre ?
19. Doux ?
20. Chicaneur ?
21. Aime-t-il à se disputer ? est-il querelleur ?
22. Excitable ?
23. Se met-il facilement en colère ?
24. Est-il nerveux ?
25. Ne bégaye-t-il pas quand il est agité ?
26. Constant ou inconstant ?
27. A-t-il de l'empire sur lui-même ?
28. Sait-il se maîtriser ?
29. Est-il patient ? prudent ?
30. Comment supporte-t-il la douleur ?
31. Un bruit le fait-il tressaillir ?
32. Change-t-il souvent d'humeur ?
33. Ne se sent-il pas fatigué au lever ?
34. Se fâche-t-il quand on ne lui cède pas ?
35. Dort-il d'un sommeil paisible ?
36. N'est-il pas sujet aux syncopes ?
37. Est-il souvent somnolent ?
38. Paresseux ?
39. Quel est le type de son activité ? (de volonté, activité passive, impulsive, subite, inerte).
40. Attention vive ou distraite ?
41. Est-il capable de ne négliger aucun moyen pour satisfaire ses désirs ?
42. A-t-il jamais voulu s'enfuir de sa maison ?
43. Est-il superstitieux ?
44. Fait-il de mauvais rêves ?
45. Craint-il la responsabilité ? (est-il hanté par cette crainte ?).
46. N'est-il pas poltron ?
47. N'est-il pas peureux ?
48. Comment agit sur lui la vue du sang ?
49. Craint-il l'orage ?
50. Craint-il l'obscurité ?
51. Est-il très sensible ?
52. Est-ce un érotique ?
53. Est-il dominé par ses passions ?
54. A quel âge s'est éveillé son instinct sexuel ?

Caractère et questions qui s'y rapportent

1. Quelle fut toujours l'humeur du sujet ? Etait-elle calme ?
2. Stable ou changeante ?
3. Bonne ou mauvaise ?
4. Gaie ?
5. Triste ? (anxieuse).
6. Morne ?
7. Le sujet ne se sentait-il pas très triste ?
8. Est-il rêveur ?
9. A-t-il jamais éprouvé la nostalgie du pays ?
10. Est-il optimiste ?
11. Est-il pessimiste ?
12. Quel temps aime-t-il ?
13. Son humeur subit-elle l'influence de la saison ?
14. Est-il content de soi ?
15. Ne se défile-t-il pas de lui-même ?
16. En quoi voit-il le bonheur de sa vie ?
17. A-t-il un penchant pour l'activité musculaire ?
18. Eprouve-t-il le sentiment d'inquiétude ?
19. Aime-t-il les narcotiques ?
20. N'a-t-il pas une trop haute opinion de lui-même ?
21. Ne se déprécie-t-il pas ?
22. Souffre-t-il de remords de conscience ?
23. Se repent-il ?
24. Autocritique ?
25. Est-il confiant ?
26. Aime-t-il les changements ? (de lieux, d'emplois, etc., etc.).
27. Constant ou inconstant en amitié ?
28. Aime-t-il à bavarder ?
29. Est-il animé ?
30. Goûte-t-il la plaisanterie ?
31. Exagère-t-il ?
32. Aime-t-il la médisance ?
33. Aime-t-il la calomnie ?
34. N'est-il pas trop sûr de lui-même ?
35. Se laisse-t-il entraîner par ses fantaisies ?
36. Est-il insolent ?
37. Est-il ambitieux ?
38. Est-il coquet ?
39. A-t-il beaucoup d'amour-propre ?
40. Aime-t-il le respect ?
41. Aime-t-il la flatterie ?
42. Est-il modeste ?
43. Est-il timide ?
44. Est-il poli ?

45. Est-il attentif ?
46. Est-il juste ?
47. Est-il laborieux ?
48. Est-il généreux ?
49. Est-il avare ?
50. Est-il dépensier ?
51. Est-il franc ?
52. Recherche-t-il la société ?
53. A-t-il jamais cherché à se rapprocher de quelqu'un ?
54. Entre-t-il facilement en contact ?
55. A-t-il détesté, haï quelqu'un ?
56. Aime-t-il à s'amuser ? (court-il après les plaisirs ?).
57. Est-ce un égoïste ?
58. Est-ce un altruiste ?
59. Aime-t-il les enfants ? les animaux ?
60. Est-il croyant ?
61. Est-il fanatique ?
62. Est-il gourmet ?
63. Est-il grand mangeur ? (gourmand).
64. Est-il soigneux ?
65. Est-il modéré ?
66. Est-il bon ?
67. Est-il docile ?
68. Est-il caressant ?
69. Est-il ouvert ?
70. Est-il droit ?
71. Cède-t-il volontiers ? (facilement).
72. Est-il tendre avec sa famille ?
73. Est-il hostile envers sa famille ?
74. Aime-t-il à faire preuve de sa force ?
75. Comment se conduit-il en société ?
76. Laisse-t-il percer ses sentiments ?
77. Les cache-t-il ?
78. N'est-il pas fat ?
79. Auto-érotisme ?
80. Est-il cruel ?
81. Aime-t-il à faire du mal ?
82. Aime-t-il à détruire ?
83. Est-il sauvage ?
84. Est-il cachottier ?
85. Est-il ombrageux, soupçonneux ?
86. Est-il craintif, timide à l'excès ?
87. Est-il grossier ?
88. Est-il méchant ?
89. Est-il jaloux ?
90. N'a-t-il jamais ressenti d'aversion pour un homme ? pour une femme ?

91. Les souffrances d'autrui l'impressionnent-elles ?
92. Aime-t-il ses proches ?
93. S'attache-t-il aux choses ? (objets).
94. Aime-t-il le luxe ?
95. Propreté ? (penchant exagéré à se laver).
96. Est-il collectionneur ?
97. Est-il juste ?
98. Est-il reconnaissant ?
99. Est-il charitable ?
100. A-t-il le sentiment du devoir développé ?
101. Pourrait-il se sacrifier ?
102. Noblesse de sentiments ?
103. Dévouement ?
104. Est-il entêté ?
105. Est-il fier ?
106. Est-il orgueilleux ?
107. Est-il poseur ?
108. Est-il autoritaire ?
109. Veut-il plaire ?
110. Est-il heureux ?
111. Est-il content de sa vie ?
112. Se sent-il comme tout le monde ou autrement ?
113. Est-il compris ? (le comprend-on ?).
114. Vit-il comme tous les autres ?
115. Ne se sent-il pas étranger dans sa famille ?
116. Lie-t-il facilement une amitié ?
117. Est-il aimé comme le sont tous les autres ?
118. Ne se sent-il pas être suivi ?
119. Ne lui veut-on pas de mal ?
120. Ne veut-il de mal à personne ?
121. Ne tourmente-t-il pas les animaux ?

L'intelligence

1. Saisit-il vite ? (l'idée).
2. A-t-il une bonne mémoire ?
3. A qui pense-t-il et de quoi parle-t-il volontiers ?
4. Possède-t-il une intuition créatrice ?
5. Aime-t-il l'analyse ?
6. S'intéresse-t-il aux sciences ? à la nature ?
7. S'intéresse-t-il au réel ou à l'abstrait ? (lointain).
8. Intérêts pratiques ?
9. Quel est le type de ses jugements ? (réfléchi, profond, prudent, léger, contradictoire, etc.).
10. A-t-il de l'esprit ? quelle est son éducation ?
11. Bon sens ?
12. Est-il avisé ? (éveillé).
13. Réussit-il dans sa profession ? (spécialité).

Manière de se tenir (habituelle)

1. Vive ?
2. Energique ?
3. Agile ?
4. Négligente ?
5. Paresseuse ?
6. Lente, avec arrêts ?
7. Suivie ? (méthodique).
8. Entêtée ? (opiniâtre).
9. Incertaine ?
10. Imprécise ? (vague, indéfinie).

En quoi s'est surtout révélée son activité ?

1. En imagination ?
2. En travail intellectuel ?
3. En création spéculative ou en création spirituelle ? (abstraite).
4. En littérature ?
5. Dans l'art ?
6. Dans la morale ?
7. Dans la vie sociale ?
8. Dans le travail manuel ?
9. Dans les découvertes ? (inventions).
10. Dans le sport ?
11. Dans la carrière ?
12. Ne craint-il pas tout ce qui est nouveau ?
13. Comment exerce-t-il sa profession ?
14. Aime-t-il les mathématiques ?

En usant de ce programme et du questionnaire ci-dessus dans les recherches d'une personnalité, nous arrivâmes à la conclusion que cette méthode permettait de découvrir très objectivement les traits du tempérament et ceux du caractère existant à la période pré-morbide.

Nous réussissons ainsi à obtenir un tableau complet de la personnalité pré-morbide du sujet, à établir son bio-type d'après les propriétés morphologiques et psychiques ainsi que son tempérament. Nous recherchons quel était, avant la maladie, le caractère de notre malade, son intelligence, sa manière de se tenir, toute l'activité de sa personnalité non atteinte. Cette méthode nous permet d'établir si le sujet examiné appartient ou non au cercle psychopathique et d'en définir le genre s'il y appartient : si c'est un type pur, ou un type amalgamé et quels éléments de diverses psychopathies y tiennent place ? (Legierung, d'après Kretschmer).

ACTION VASCULAIRE DU SCOPOCHLORALOSE

*Quelques mécanismes physiologiques
de ses effets thérapeutiques dans l'hystérie*

PAR

H. BARUK, M^{lle} GEVAUDAN, R. CORNU et J. MATHEY

Dans diverses publications précédentes, l'un de nous a expliqué comment il avait été amené, après la lecture d'une lettre de M. Pascal, à étudier en thérapeutique psychiatrique l'association scopolamine-chloralose (scopochloralose).

M. Pascal considérait surtout cette association médicamenteuse comme un moyen de provoquer un état hypnotique, grâce auquel on pouvait soumettre le sujet à des suggestions thérapeutiques (1).

Après avoir expérimenté chez l'animal en collaboration avec le D^r Massaut (de Liège) le scopochloralose, l'un de nous a étudié depuis plus de 6 ans cette action médicamenteuse dans les syndromes les plus variés de la pathologie nerveuse ou mentale (2). Jusqu'à présent, les résultats les plus remarquables furent obtenus dans les accidents de type pithiatique : qu'il s'agisse de contractures, de paralysies, de crises nerveuses, le traitement par le scopochloralose amène en général la guérison rapide, parfois immédiate des accidents, et son action s'avère à la fois plus efficace, et infiniment moins pénible que celles des autres moyens thérapeutiques utilisés en pareil cas (torpillage, etc...).

En dehors des accidents pithiatiques, nous avons obtenu quelques résultats thérapeutiques intéressants par l'emploi du scopochloralose dans certaines affections organiques cérébrales,

(1) Cf. PASCAL (Brotteaux). *Hypnotisme et scopochloralose*. Vigot éditeur, 1936.

(2) H. BARUK. — L'association scopolamine-chloralose. Action physiologique expérimentale et thérapeutique en neuro-psychiatrie. *Gaz. Méd. de France*, 1^{er} janvier 1934 et cf. la thèse de notre élève Schachter.

notamment dans certaines lésions mésentéphaliques ou striées : nous avons pu par l'emploi d'un cachet de scopochloralose une fois par semaine améliorer des parkinsoniens, et, dans un cas, nous avons obtenu par cette méthode prolongée pendant de nombreuses semaines une sédation très marquée d'une chorée chronique de Huntington très intense, et très grave. Toutefois dans ces divers cas, il s'agit non d'un effet véritablement curatif comme dans les accidents pithiatiques, mais d'un effet d'atténuation des symptômes. Et encore ces résultats apparaissent-ils très inconstants.

Dans les névroses, nous avons également, en dehors du pithiatisme, largement utilisé le scopochloralose. Nous n'avons pas obtenu jusqu'à présent de résultats appréciables ni dans les cénesthopathies, ni dans la psychasthénie.

Dans les diverses psychoses, l'action est également peu démonstrative : on note parfois une sédation temporaire des accès maniaques, par contre nous n'avons pas pu déterminer par cette méthode de modifications notables ni de la catatonie, ni des états de démence précoce.

Cette électivité d'action dans les accidents hystériques semblait confirmer la notion que le scopochloralose n'agissait qu'en permettant la suggestion, et qu'en définitive il ne constituait qu'une modalité spéciale des innombrables thérapeutiques psychothérapiques appliquées aux traitements du pithiatisme.

Cette interprétation que nous avons d'abord adoptée aux débuts de nos recherches ne nous apparaît plus aussi satisfaisante actuellement. En effet, si au début nous nous appliquions au cours du sommeil scopochloralique à réaliser des suggestions thérapeutiques (1), ultérieurement nous avons obtenu des résultats analogues sans aucune pratique suggestive, et par la simple action du médicament. Toutefois, peut-on objecter, il existe vraisemblablement une suggestion thérapeutique déjà dans le fait de prescrire une médication, dans certaines conditions de son application (surveillance du malade à l'hôpital, etc...) et également dans la survenue du sommeil médicamenteux.

Sans nier l'intervention possible de ces facteurs de suggestions, nous pensons cependant qu'ils ne suffisent pas à eux seuls à réaliser l'action thérapeutique : d'autres médicaments, prescrits avec des paroles propres à favoriser la confiance du sujet, restent

(1) Nous en avons rapporté un exemple frappant avec M. Cornu dans un cas de dysphagie pithiatique. Soc. Méd.-Psych., juillet 1935.

sans effet. Il est vrai que le sommeil semble jouer un rôle important dans la réussite. Mais ce sommeil constitue lui-même une importante perturbation biologique, dont il faut tenir compte en dehors de l'action psychothérapique qu'il peut favoriser. Dans un travail antérieur de l'un de nous en 1934 sur cette question, nous insistions sur le rôle physiologique de détente nerveuse produite par le scopochloralose chez des sujets en éréthisme nerveux parfois très marqué.

Cette action physiologique, nous avons cherché à la préciser par plusieurs méthodes. Au début, nous avons exploré surtout l'action du scopochloralose sur les fonctions cérébrales psychomotrices, et avec Claude et Porak nous avons montré, par la méthode ergographique, que le scopochloralose peut déterminer une inhibition passagère de ces fonctions psychomotrices (1). On peut d'ailleurs le constater souvent cliniquement au cours de l'action médicamenteuse, ou même du réveil : le sujet paraît se laisser aller, il semble que sa volonté soit encore engourdie, et il faut parfois l'invigorer un peu pour qu'il se lève, marche. Cette inhibition peut constituer une *mise au repos momentanée* des fonctions psychomotrices volontaires qui reprennent ensuite un fonctionnement meilleur.

Nous avons ensuite cherché d'autres tests biologiques de l'action médicamenteuse, et nous nous sommes adressés dans cet ordre d'idées aux *explorations vasculaires*. Nous avons remarqué depuis fort longtemps que le pouls était en général *ralenti* durant la phase d'action du médicament. Nous avons exploré systématiquement 27 sujets (2), en recherchant si l'on observait, après scopochloralose, des modifications de la pression artérielle maxima, minima, moyenne, de l'indice oscillométrique, du rythme cardiaque, etc. Ce sont les résultats de ces investigations qui font l'objet de ce travail.

Nous avons tout d'abord, avant l'administration du médicament, mesuré l'état du pouls, de la tension artérielle, maxima, minima, moyenne, de l'indice oscillométrique. Nous avons employé à cet effet l'oscillomètre inscripteur de Boulitte. Nous nous sommes astreints à éviter toute variation dans les divers examens en appliquant le brassard notamment toujours de la même façon. Pour plus de sûreté, nous contrôlons les données

(1) H. CLAUDE, H. BARUK et R. PORAK. — Sommeil cataleptique et mise en train psychomotrice volontaire. *Encéphale*, sept.-oct. 1932.

(2) Nous remercions le Dr Daday, notre collègue à St-Maurice, dans le service duquel nous avons procédé à quelques-unes de nos explorations. (Service des femmes de St-Maurice).

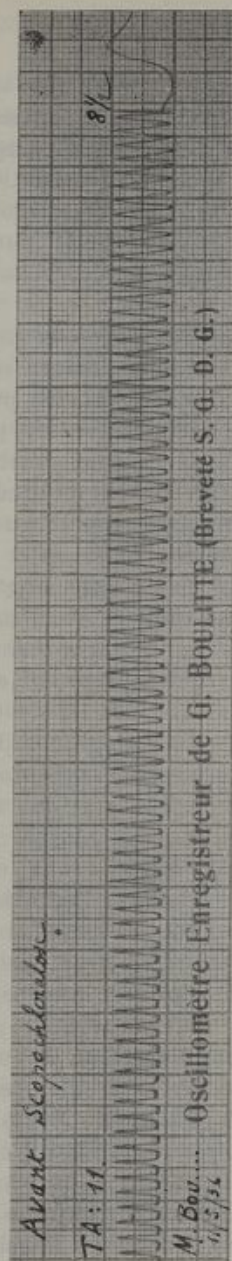


PLANCHE I

2 GRAPHIQUES

Etude comparative de l'indice oscillométrique aux mêmes chiffres de la tension (au voisinage de la tension maxima).

Noter la baisse de la maxima, et le ralentissement du pouls.

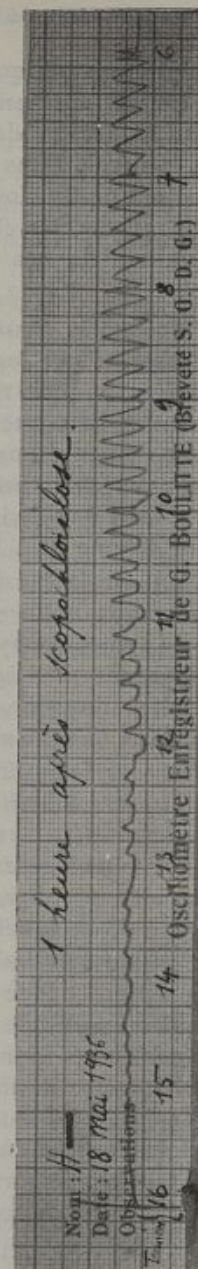


PLANCHE II
2 GRAPHIQUES

Courbe oscillométrique complète. Noter l'abaissement de la tension maxima, de l'amplitude de l'indice oscillométrique, et le ralentissement du pouls.

de l'inscription graphique par celles de l'oscillomètre ordinaire, et, dans un certain nombre de nos tracés, nous avons superposé l'une au-dessus de l'autre les deux courbes qui concordent en général. Dans certains cas, nous prenons en plus un long tracé à une tension déterminée pour étudier la forme du pouls, son rythme, les éléments d'une sphygmométrie.

Les résultats de nos recherches peuvent se résumer comme suit :

1° *Action sur la tension artérielle maxima.* — Le scopochloralose abaisse, d'une façon très nette, la tension maxima. C'est là son action la plus remarquable, et la plus fréquente. Cet abaissement a lieu quel que soit l'état de la tension initiale, nous l'avons observé aussi bien sur des objets à tension normale que chez des sujets hypertendus ou hypotendus. Cette baisse varie en général de 1 à 3 divisions. Cependant, la tension maxima est passée une fois de 21 à 15.

2° *Action sur la tension moyenne et minima.* — L'action est beaucoup moins nette sur ces deux tensions. Cependant, assez souvent, la tension moyenne tend à diminuer légèrement ; ce fait est d'autant plus intéressant qu'on sait la fixité habituelle de la tension moyenne, fixité qui contraste avec les variations plus faciles de la maxima.

3° *Action sur le rythme et la forme du pouls.* — Le pouls est presque toujours ralenti dans des proportions variables, quelquefois notablement (par exemple 104 à 92, de 75 à 60, de 60 à 46), d'autres fois plus légèrement (de 63 à 53, de 78 à 74).

Il reste bien régulier, mais on note souvent l'exagération du *dicrotisme* qui, quelquefois, devient extrêmement accentué.

4° *Action sur l'indice oscillométrique.* — Les modifications de l'indice oscillométrique sont très variables : tantôt il diminue légèrement d'amplitude (ce fait est parfois frappant chez des sujets hypertendus avec éréthisme vasculaire et très gros indice), le scopochloralose diminue l'éréthisme vasculaire. Tantôt, mais plus rarement, semble-t-il, l'indice oscillométrique est augmenté chez certains sujets où il était comparativement petit, comme si l'on notait là une sorte d'action régulatrice.

En résumé, le scopochloralose provoque d'importantes modifications vasculaires. L'intensité de ces modifications varie suivant les doses employées, mais nous les avons observées, même avec de petits doses (0 gr. 25 cgr. de chloralose + 1/4 mgr. de scopolamine). Nous les avons observées aussi bien chez des sujets relativement normaux que dans des cas pathologiques

(hypertension artérielle, hémiplegie, parkinsonisme, etc.). Elles atteignent leur maximum environ une heure et demie après l'administration du médicament, elles nous ont semblé s'atténuer rapidement dans les heures qui suivent, mais nous n'avons pas suivi systématiquement l'action tardive du médicament.

Quelle est la nature et la signification de ces modifications vasculaires ? On pourrait croire d'abord qu'elles rentrent simplement dans les modifications végétatives habituelles du sommeil, d'autant plus qu'elles semblent plus marquées lorsque le malade dort profondément. Toutefois, nous les avons observées également lorsque le sujet ne dort pas. Il est vrai que, lorsqu'il ne dort pas, il éprouve, en général, une certaine sensation d'engourdissement psychique. Tout ce qu'on peut dire donc, c'est que ces troubles vasculaires du scopochloralose se produisent parallèlement à un certain état d'inhibition mentale.

S'agit-il d'une action directe sur l'appareil vasculaire, ou bien d'une action indirecte par l'intermédiaire du système nerveux ? Nous inclinons vers cette deuxième hypothèse. Sans doute, les physiologistes sont encore divisés sur l'action du chloralose sur l'excitabilité du système vago-sympathique. Pour ne citer que quelques auteurs récents, Bargy et Gautrelet (1) lui dénie toute action sur le système sympathique et sur la pression artérielle, contrairement à l'avis de Hamet (2). On sait, cependant, que le chloralose sensibilise l'action du parasympathique (Bjorn Moracus). Ces recherches expérimentales sont d'ailleurs, en général, faites avec des doses énormes de chloralose (0 gr. 10 cgr. par kg.), doses pour provoquer l'anesthésie et qui ne sont donc nullement comparables avec les doses thérapeutiques que nous employons chez l'homme. Enfin, l'association avec la scopolamine peut modifier l'action du chloralose.

Mais nous savons, à la suite des travaux initiaux de Ch. Richet, que le chloralose a surtout une action inhibitrice corticale. Cette action cérébrale peut, peut-être, expliquer à la fois l'action psychothérapique du scopochloralose et son action sur l'état vasculaire. On connaît bien maintenant le rôle capital du cerveau et du système nerveux central dans la régulation de la tension artérielle, et de la circulation. La pratique de la neuro-chirurgie cérébrale a montré, dans ce domaine, des faits saisissants. L'étude des névroses et des psychoses est, à ce point de vue, également très

(1) BARGY et GAUTRELET. — Nouvelles recherches sur l'action physiologique du chloralose. *Soc. de Biol.*, 28 juillet 1928, t. 2, p. 700.

(2) HAMET, cité in Bargy et Gautrelet.

instructive : il est fréquent de suivre des *perturbations parallèles de l'état vasomoteur, de l'indice oscillométrique, de la tension artérielle et de l'état psychologique*. Il y a là de véritables synergies psycho-physiologiques des plus intéressantes.

Or, le *scopochloralose sédatif puissant et inhibiteur de l'activité corticale apparaît aussi comme un sédatif de l'excitabilité et de l'éréthisme vasculaire*. C'est là, pensons-nous, un des mécanismes de son action thérapeutique dans les accidents hystériques.

En effet, si ces derniers s'accompagnent d'une suggestibilité spéciale, cette suggestibilité elle-même doit être considérée, non comme la cause unique de la maladie, mais comme la conséquence de perturbations physiologiques sur lesquelles nous avons récemment insisté (1). Le caractère spécial de ces perturbations physiologiques dans l'hystérie, c'est qu'elles sont particulièrement labiles et réversibles, et c'est pourquoi une action psychothérapique un peu impressionnante, ou bien une action pharmacologique, comme le scopochloralose, peut d'emblée les guérir.

Les faits que nous venons de rapporter, ainsi que certaines publications récentes sur des modifications de la tension artérielle d'origine psychique (2), méritent donc d'attirer l'attention sur *certaines synergies psychovasculaires* dont l'avenir permettra peut-être de mieux préciser le mécanisme (3).

(1) H. BARUK. — Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Bruxelles, 1935, et H. BARUK, M^{lle} GEVAUDAN, CORNU et CARLE : A propos d'une contracture oculo-palpébrale et d'une paralysie brachiale hystérique. *La phase prodromique neuro-végétative des accidents pithiatiques*, Soc. Méd.-Psych., juillet 1935.

(2) P. ABRAMI, ROBERT WALLICH et P. BERNAL. — Hypertension artérielle volontaire. *Presse Médicale*, 26 février 1936.

(3) Sur le mode d'administration du médicament et les doses, voir le travail de l'un de nous cité ci-dessus. Rappelons que l'élimination du médicament paraissant lente, nous laissons toujours un *intervalle d'au moins huit jours entre la prise du cachet* et que ce traitement doit toujours rester discontinu.

METHODES SPECIALES DE TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES

PAR

HENRIQUE ROXO (de Rio de Janeiro)

J'ai toujours eu la grande préoccupation de chercher à guérir les malades atteints de maladies mentales, qui étaient confiés à mes soins, ne me conformant pas aux idées généralement acceptées que le malade de l'entendement était un individu qui devait être jeté derrière les grilles d'un hospice pour y passer le reste de ses jours. Je fus toujours optimiste sur la possibilité d'une thérapeutique efficace des psychopathies et dans les travaux divers que j'ai écrits je me suis toujours appliqué à développer ce point de vue. Je suis par là en contradiction avec l'affirmation de Spielmeyer, que les livres d'enseignement de psychiatrie clinique ont mis le point final à tout son savoir quand ils en arrivent au traitement.

Il est vrai que je n'ai pas la velléité de prétendre guérir ce que les autres n'arrivent pas à réaliser. Il y a évidemment des maladies incurables en psychiatrie comme ailleurs, mais dans toute hypothèse, une tentative thérapeutique doit être faite.

A l'Institut de Psychopathologie d'Assistance aux Aliénés, où fonctionne la Clinique de Psychiatrie de l'Université de Rio-de-Janeiro, sont internés tous les aliénés de cette ville et de ses environs. Environ deux mille psychopathes y ont été assistés par moi chaque année. Je sais bien qu'ils sont d'autant plus facilement guérissables, qu'ils sont plus promptement assistés. Dès leur entrée, ils sont soumis à tous les soins. Je n'ai rencontré aucun livre clairement dédié à ce sujet et qui m'ait enseigné une bonne marche, si ce n'est ceux de Scabia, Morgenthaler et Forel qui, d'autre part, se montrent très oublieux en différentes entités cliniques. Quant à moi, au lieu d'aligner les méthodes de traitement que j'emploie conformément à leur action calmante, excitante, etc., j'estime qu'il est plus didactique de séparer les diver-

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Juillet 1936.

ses maladies mentales suivant la classification de la Société Brésilienne de Neurologie, Psychiatrie et Médecine Légale, et d'indiquer en cet ordre le traitement que je considère comme le meilleur.

Confusion mentale (Psychoses infectieuses. Psychoses auto-toxiques). — Dans cette entité clinique il faut, par une thérapeutique efficace, découvrir la cause. Très souvent c'est l'urémie. Je saigne et je fais des injections intra-veineuses d'urotropine ou des injections intra-musculaires de sérum rénal de chèvre. J'applique également tous les jours des injections de sérum glucosé de 250 cc. Quand il y a infection focale, et celle-ci dépend du malade, je la fais disparaître, quand l'infection est d'une nature qu'on ne peut définir, j'utilise des injections d'omnadine, vaccin non spécifique.

Quand il y a des phénomènes d'insuffisance hépatique, je donne l'une des préparations d'extrait hépatique ou de l'extrait fluide de cainca (*Chiococca brachiata*) à la dose de 1 gr. chaque jour. C'est le meilleur remède dans ce cas, et je me rappelle encore, entre beaucoup d'autres, d'un membre de la Société des Nations que j'ai réussi à guérir par ce moyen. Il peut y avoir comme cause l'acidose et alors rien n'est meilleur que la classique insuline et le bicarbonate de soude.

De nombreux cas se sont présentés, dans lesquels l'état confusionnel dépendait d'une toxi-infection d'origine utérine. Il est clair alors que s'impose le changement immédiat pour un service spécialisé. Une fois vérifié le germe producteur, colibacille, staphylocoque, streptocoque, etc., j'emploie logiquement le vaccin approprié.

L'auto-hémothérapie qui donnait à Colucci 31 rémissions dans 39 cas, a été par moi employée dans cette maladie sans les mêmes brillants résultats.

J'ai employé avec un certain profit la thérapeutique par le choc.

La galactothérapie, au moyen d'injections intra-musculaires de lait bouilli, 5 cc. de trois en trois jours, est utile, mais provoque de si fortes douleurs que je l'évite.

Un Interne de ma clinique, le Dr Lourival de Queiroz, a démontré dans sa thèse que les confus mentaux sont améliorés par des injections intra-veineuses de vaccin anti-typhique.

J'ai également employé la colloïdothérapie à l'aide d'injections intra-veineuses de collargol, 1 cc., électrargol 10 cc. et intrarachidiennes d'or colloïdal, en doses progressives.

Les abcès de fixation, principalement au moyen d'essence de térébenthine, ont été vite abandonnés, à cause des horribles douleurs qu'ils provoquent. Dans un travail publié dans la *Presse Médicale*, le 15 mars 1934, Mlle Pascal déclare que ce traitement a été très peu expérimenté et affirme qu'il donne d'excellents résultats. Elle cite ses observations, celles de Laurent, de Rozières. Je crois que la raison de sa non-utilisation est la douleur.

La malariathérapie, dans les cas de confusion mentale qui se prolongent, n'a pas donné de résultats appréciables.

Psychoses thyroïdiennes. — Quand il y a exagération de fonction thyroïdienne, j'emploie le sérum anti-basedowien de Mœbius. Je n'ai pas constaté d'avantages à employer le fluorure ammoniacal à 2 0/0, dix gouttes, quatre fois par jour, ou le fluorure de soude au même dosage. Quand il y a insuffisance thyroïdienne, rien n'est supérieur à la thyroïdine.

Psychose alcoolique. — Dès qu'un malade, présentant ce diagnostic, est interné dans le pavillon que je dirige, je lui fais aussitôt administrer de l'extrait fluide de capsicum annuum, à la dose de dix gouttes deux fois par jour. C'est le poivron, le poivre des jardins, et la première référence que j'eus de son emploi dans ces cas, fut celle du D^r Netchaef dans la pneumonie des alcooliques.

Pour mes alcooliques pneumoniques, j'emploie toujours la classique potion de Todd avec du citrate de soude, du benzoate d'ammoniaque et de l'extrait fluide de Capsicum annuum. Quand il s'agit d'alcooliques invétérés, et si la famille désire éviter qu'ils continuent à se dégrader sous cette influence, j'emploie l'auto-hémo-thérapie, par la méthode argentine du D^r Julio Lopez Lomba, qui injecte trois fois par semaine, sous la peau du ventre, 10 cc. de sang extrait du malade au même moment, faisant l'injection du sang, tel quel il est tiré. Je fais aussi quinze injections, auxquelles suit un repos d'un mois, faisant ensuite, dans quelques cas, dix injections de plus.

A la suite de ce traitement, j'ai constaté dans quelques cas le dégoût de la boisson et, par conséquent, réaction à son usage.

Le sérum anti-alcoolique, au moyen d'injections de 5 cc. trois fois par semaine, pendant trois semaines, répétant à la fin de huit jours la série d'injections, si cela est nécessaire, est une méthode efficace pour éviter la tendance à l'abus de l'alcool, mais qui a l'inconvénient d'être très douloureuse.

Pagniez et Chaton, dans un travail du 28 février 1931, ont

préconisé l'emploi de la strychnine à fortes doses, arrivant à injecter seize milligrammes en 24 heures, et obtenant d' excellents résultats. Comme il me répugne d'ordonner la strychnine en doses élevées, jamais je ne suis arrivé à cette dose, mais je dois avouer que j'ai obtenu des résultats encourageants.

Opiomanie. Cocaïnomanie. — J'emploie avec de très bons résultats dans l'opiomane ou l'une quelconque de ses variétés, l'extrait fluide de l'herbe bouton (plante médicinale brésilienne), à la dose maxima de 6 grammes. Il est intéressant de noter que cet extrait fluide donne également de bons résultats dans les cas de perturbations nerveuses dues à l'abus du tabac.

Dans la cocaïnomanie, il est également utile, bien que les résultats ne soient pas aussi brillants.

Schizophrénie. — J'emploie systématiquement dans ces cas, avec beaucoup de profit, une formule dans laquelle j'associe un demi-gramme d'iodure de calcium à 1 gramme d'extrait fluide de houblon, de laitue et de mulungú. La raison d'être de la formule, c'est qu'elle contient du houblon et de la laitue, les deux meilleurs remèdes pour les perturbations de la cénesthésie, du mulungú, qui est le meilleur des calmants, et l'iodure de calcium, qui est un excellent régularisateur de la circulation et du trophisme.

Les schizophréniques étant en règle générale sympathicotoniques, j'utilise avec avantage la gènesérine, qui a aussi une action contre les cénestopathies. J'alterne souvent la gènesérine avec l'or colloïdal, c'est là un excellent anti-toxique et anti-infectieux, ayant une action élective sur les cellules nerveuses. Des injections de vitamine sont aussi d'un emploi très indiqué.

La schizophrénie étant une maladie dans laquelle de très nombreux traitements ont été préconisés sans résultat appréciable, je dois dire que je les ai tous expérimentés, préconisant à peine ici, ceux qui m'ont parus les plus profitables.

Le *Monde Médical* du 15 septembre 1935, a publié un excellent article du Professeur Henri Claude et du D^r Dublineau, dans lequel ces auteurs conseillent 10 injections d'huile soufrée (sulfosine) à 1 ou 2 %, s'élevant progressivement de 1 à 10 cm³, faisant une injection de six en six jours, et profitant du moment où la fièvre cesse pour faire une injection de sel d'or. Cette méthode de traitement est très préconisée.

Le traitement par l'or est un des traitements que je préfère. J'expérimente depuis trop peu de temps la pyrétothérapie par le

soufre, associée à cette thérapeutique pour pouvoir en déterminer les avantages espérés.

Quant à l'opothérapie, je préfère l'emploi de cerveau et testicule ou ovaire. Quand les malades sont très déprimés, j'associe cerveau et hypophyse.

L'extrait des thyroïdes peut être utilisé avec profit, toujours à très petites doses quand il n'y a pas d'idées délirantes très intenses.

Le traitement par les sels de manganèse, m'a paru présenter des avantages. Au contraire, j'ai été déçu par la malariathérapie.

L'auto-hémothérapie par la méthode Grimaldi, c'est-à-dire tirer en jours alternés de 5 à 15 cc., augmentant chaque fois 1 cc. et injectant dans la fesse, a donné chez quelques-uns de mes malades des résultats appréciables.

Quelques-uns furent améliorés par l'avulsion de dents, dans lesquelles existait une infection focale.

La thérapeutique par le travail et par la distraction a été d'un profit absolu à différents schizophréniques que j'ai traités. C'est là le traitement le plus moderne. Le malade se distrait, il oublie de penser au complexe torturant qui l'étreint. Il est forcé de s'adapter à l'ambiance et de s'intéresser à quelque chose. L'irritabilité causée par les dérangements de la cénesthésie, s'atténue. Dans beaucoup de cas, la psycho-analyse est d'une valeur inestimable. La méthode de sublimation, celle qui permet à la personne de réaliser un travail, ou de se distraire en pratiques sportives, ou jeux divers, peut aider puissamment à la guérison d'un schizophrène. C'est un traitement que j'utilise toujours. Je n'en connais aucun qui lui soit supérieur. Il est vrai cependant que, parfois, l'état d'intériorisation du malade, l'empêche d'en profiter.

Un travail argentin du mois d'octobre 1933 du Professeur Conrado Ferrer présente des considérations fort judicieuses sur la laborthérapie chez les aliénés. Les schizophrènes sont des aliénés qui doivent, de préférence, vivre en colonies et celles-ci ne sauront se comprendre sans travail et distractions.

Délire systématisé hallucinatoire chronique. — Comme déjà j'ai eu l'occasion de le signaler, dans un travail que j'ai publié dans *l'Encéphale* (de mars 1931), ce sont les injections de valerianate d'atropine, l'extrait fluide de *Cimicifuga racemosa* avec de la belladone, qui donnent ici les meilleurs résultats.

Paraphrénie. — J'utilise dans ces cas les injections de génatropine et la thérapeutique par le travail.

Paranoïa. — Il faut réaliser la modification du milieu familial, ainsi que de l'ambiance sociale. Des malades qui, bien souvent, s'aggravent par l'internement dans un hospice, doivent être dirigés vers le travail ou confiés à la ludothérapie.

Psychose maniaque dépressive. — Dans les états maniaques, l'injection calmante la plus efficace est celle de gardénal. Comme formule calmante, je prescris un mélange de sirop de chloral du Codex, d'ergotine d'Yvon, d'extrait fluide de *Cimicifuga racemosa*, de belladone et de sulfate de spartéine. Les bains tièdes prolongés avec compresses glacées sur la tête sont d'une utilité indiscutable ; ils peuvent être, dans certains cas, avantageusement précédés d'une saignée. Le sirop de *Leptolobium elegans* est, dans le cas en question, un sédatif appréciable.

Comme préventif des crises j'utilise le gardénal, selon la méthode de Logre et Santenoise.

J'utilise également une formule dans laquelle j'associe l'extrait fluide d'anis à l'iodure de potassium, la jusquiame et la belladone.

Dans les états mélancoliques, le traitement souverain que j'ai moi-même créé, est celui par l'extrait fluide de *damiana* à la dose de 2 grammes par jour. C'est le remède qui donne la gaieté.

J'ordonne également l'extrait fluide de coca, à la dose maxima de 6 grammes et celui de cerises de la Virginie à la dose de 4 grammes. Les injections de cacodylate de soude en doses fortes, de sérum isotonique (50 cc.) sont très efficaces. Je n'ai encore que des expériences peu nombreuses et peu significatives des injections de photodyne.

Comme traitement préventif, je pratique toujours, de préférence, le traitement de Logre et Santenoise par l'adrénaline.

Psychose d'involution. — L'extrait orchitique est le meilleur remède, même chez les personnes de sexe féminin : c'est un excellent tonique sédatif du système nerveux, il fait même revenir les règles dans les cas où cela est encore possible.

L'extrait d'ovaire est le traitement classique.

Un état hypertensif en est tributaire et pour cela, les remèdes hypotenseurs sont très profitables. Je considère l'anxiété comme un symptôme caractéristique. Pour l'éliminer, j'emploie les bains tièdes prolongés et des pilules dans lesquelles j'associe le gardénal, la dionine, l'extrait de *Crataegus*, d'*Oxyacantha* et celui de jusquiame.

Artério-sclérose cérébrale. — Je donne avec profit le citrate de soude à la dose de 30 grammes par jour, qui a un effet purgatif et modifie la viscosité du sérum sanguin.

J'associe avantageusement l'extrait fluide de l'abacatier à l'iodure de sodium, au glycérophosphate de soude et à l'arséniate de soude. Lemoine conseille le phosphate de soude. J'en ai aussi observé de fort bons résultats.

Les injections de sérum de Trunczek sont très utiles. Les bains de haute fréquence sont efficaces.

Syphilis cérébrale. — Des traitements anti-syphilitiques, à mon point de vue, c'est le bismuth qui doit être préféré. Il a le grand avantage d'une action positive sur la cellule nerveuse à côté d'un certain effet calmant. Il concourt aussi à supprimer les douleurs, mais il fait maigrir et est préjudiciable aux reins. Il retire la puissance sexuelle, mais cela seulement pendant la période où il est employé. On ne doit jamais employer, chez les nerveux, le sulfure de bismuth, non plus que le sulfure de mercure. Tous deux excitent beaucoup le système nerveux, provoquent des vertiges, des malaises, des tremblements, jusqu'à des crises épileptiformes. J'ai vérifié ces effets il y a bien des années et je les ai communiqués à l'Académie Nationale de Médecine. Ce sont des faits qu'il est facile de vérifier. Ils doivent être attribués au soufre et non au bismuth ou au mercure, parce que, lorsqu'on emploie les injections où n'entrent pas ces éléments, ces phénomènes ne se manifestent pas. Je me suis rappelé alors, que le soufre, en plus d'être un excitant du système nerveux, provoque facilement des perturbations vaso-motrices.

L'usage du mercure en frictions d'onguent napolitain est à déconseiller parce que, non seulement, c'est un traitement trop sale, mais aussi parce que l'on ne sait pas exactement qu'elle est la dose absorbée. L'emploi du mercure par voie gastrique au moyen des nombreuses préparations préconisées, n'est pas recommandable parce qu'il détermine facilement des irritations gastriques et des phénomènes dyspeptiques. Je l'emploie à peine pour les enfants, quand l'usage d'injections est absolument impossible.

Entre ces dernières, je préfère celles de cyanure de mercure. Suivant Touraine, c'est le plus actif des sels mercuriels, qui, outre cela, est diurétique et n'entraîne pas d'érythrodermies, de jaunisse ou d'autres phénomènes secondaires ou tardifs de nature toxique.

Quand le malade atteint de syphilis cérébrale est en même temps un cardio-rénal, je préfère une préparation mercurielle fortement diurétique. Il est intéressant de rappeler que, s'il y a intérêt à employer un remède qui puisse parvenir à détruire le spirochète pâle, on devrait préférer le sublimé corrosif, sel mercuriel bien plus apte à cette fin que le 914. Mais on ne le fait pas, parce que le sublimé est très irritant pour l'estomac et difficilement tolérable en injections.

Hirsch et Handovsky ont condamné l'usage des injections intraveineuses, excepté celle du 914. Je pense de la même manière. Les injections intraveineuses, quand elles doivent être répétées, déterminent en peu de temps la sclérose des veines et provoquent facilement des petits phénomènes de choc, qui peuvent causer des accidents sérieux.

L'arsenic, particulièrement sous la forme du 914, est très indiqué dans la syphilis cérébrale. Je n'utilise jamais de doses supérieures à 20 centigrammes. Je n'ai eu qu'à me louer de ce mode de procéder. Dans beaucoup de cas se vérifie une action congestive sur le cerveau, et l'arsenic étant un poison pour les cellules hépatiques, il est nécessaire que la dose ne soit pas forte, et que l'état du foie soit préalablement vérifié.

Je suis opposé à l'emploi des injections intra-rachidiennes de 914. Comme l'a parfaitement signalé le Professeur Dercum, c'est une méthode de traitement qui n'est ni logique, ni scientifique. Minime est la dose absorbée à la fin d'un long trajet, et en fin de compte, c'est par la voie intraveineuse que l'action va se produire. Pour le même motif, la voie intra-rachidienne est également à déconseiller pour le mercure.

Le Professeur Gonzalo Lafora qui, en 1920, a publié un travail préconisant la thérapeutique intra-rachidienne, dit que l'on ne peut espérer une action bienfaisante que dans les processus méningés et méningo-corticaux. Des études très bien faites de Sicard, Tinel, Martens et Mac Arthur, ont démontré que, dans les jours suivant une injection endo-rachidienne, les plexus choroïdes avaient augmenté leur filtrabilité pour les médicaments introduits par les veines. On voit que, par ce moyen, il y a un travail extrêmement compliqué pour qu'à la fin ne soit absorbé qu'une dose très petite.

La malariathérapie peut être préconisée ; j'ai cependant la conviction qu'elle ne donne jamais, dans ces cas, les résultats brillants obtenus dans la paralysie générale.

Kyrse conseille ce traitement dans les cas de syphilis récente,

si le liquide céphalo-rachidien indique déjà quelque chose, comme préventif de syphilis cérébrale ou de paralysie générale.

J'ordonne avec avantage des injections d'acétylcholine quand il y a des indices cliniques de thrombo-embolie cérébrale.

Démence sénile. — Pour tous les déments séniles du Service, j'utilise une formule personnelle dans laquelle j'associe l'iodure de soude au glycéro-phosphate de soude et à l'arrhénal, à la spartéine et aux extraits fluides d'abacatier et de pariparoba, ceux-ci de préférence, parce qu'ils ont une action très profitable sur le foie et les reins.

Les injections du sérum anti-sénile, dont la composition contient différents extraits de glandes à sécrétion interne, stimulante, peuvent être utilisées, ainsi que d'autres dans lesquelles entrent les phosphates.

Paralysie générale. — Rien n'est meilleur, dans ces cas, que la malariathérapie. Le pourcentage des sujets guéris ou améliorés s'élève à mesure que l'on éloigne de sa technique certains défauts et que l'on entoure de plus de soins les malades qui lui sont soumis.

Les paralytiques généraux qui passent par le pavillon d'observation sont très rapidement envoyés au pavillon Afranio Peixoto, de la Fondation Gaffrée-Guinle, où il y a un service bien organisé de malariathérapie.

Je cite toujours, comme motif de mon enthousiasme pour cette méthode de traitement, les résultats brillants que j'ai eu l'occasion de constater dans les services des Professeurs Henri Claude, Wagner von Jauregg et Mingazzini, ce dernier, aujourd'hui si justement regretté, m'a dit à Rio, qu'il désirerait que tous ses malades mentaux fussent atteints de paralysie générale, parce qu'alors, il aurait la certitude de pouvoir les guérir.

Comme Gertsman l'a signalé, j'ai vu, parfois, à la suite de la malariathérapie, un syndrome clinique hallucinatoire, qui rappelle beaucoup la démence précoce paranoïde.

J'ai également constaté des épisodes confusionnels, affaiblissement mental acquis, états de nervosisme avec irritabilité, etc., ce qui n'est pas fréquent et ne contre-indique pas pour cela cette méthode thérapeutique.

Au pavillon d'observation, j'ai actuellement un cas intéressant, dans lequel les réactions du liquide céphalo-rachidien sont devenues négatives, l'état mental restant au même point, et

différents autres cas dans lesquels nous avons observé le contraire.

Au Brésil, on n'emploie pas le mercure, depuis que mon regretté Maître Teixeira Brandão, en un Congrès Médical, conseilla de ne plus l'employer, parce qu'il facilite la transformation de la syphilis cérébrale en paralysie générale ou aggrave celle-ci. En dehors de la malariathérapie, le bismuth est ce qu'il y a de plus profitable.

Le 914 donne parfois des crises apoplectiformes ou épileptiformes, il ne doit jamais être donné en doses supérieures à 30 centigrammes.

J'ordonne souvent des injections intra-veineuses de 1 gr de stovarsol sodique, principalement après avoir appliqué la malariathérapie.

Des méthodes pyrétothérapiques au moyen de sulfosine ou d'autres composés du soufre, ont été préconisées, mais elles ne m'ont pas donné des résultats aussi notables que ceux de la malariathérapie.

Clarence Neymann et Osborne, de Chicago, en 1931, ont conseillé l'emploi de la diathermie. Dans le pavillon d'observation, ce traitement, très incommode, n'a pas donné de grands résultats.

A l'Académie de Médecine de Paris, le 12 avril 1932, le Dr Maurice Ducosté présenta une méthode de traitement par l'impaludation cérébrale et plus tard, par l'impaludation intra-ventriculaire. Ces méthodes consistent à injecter 5 cc. de sang impaludé citraté, soit dans les lobes frontaux droit et gauche, soit dans le ventricule latéral.

Le Dr Mathias Costa, qui dirige avec beaucoup de compétence le service de la Fondation Gaffré-Guinle, est en train d'essayer cette méthode et d'obtenir des résultats très encourageants.

Epilepsie. — Tous les épileptiques qui passent par mon pavillon de la clinique prennent, 3 fois par jour, des pilules dans lesquelles j'associe 5 centigrammes de gardénal à l'extrait de jusquiame et à 15 milligrammes de poudre de belladone, ou à l'extrait de belladone et au sulfate de spartéïne. Je considère le gardénal comme le meilleur des calmants pour les crises. Mais son seul usage n'est cependant pas suffisant. Il est nécessaire de chercher à corriger la cause qui est guérissable dans 80 0/0 des cas d'épilepsie.

A l'Académie Nationale de Médecine le 16 avril 1925, j'ai montré que ce qui donne les meilleurs résultats, c'est l'associa-

tion de deux ou trois des meilleurs remèdes contre l'épilepsie, qui sont le gardénal, le bromure, le tartrate borico-potassique, la jusquiame et la belladone. Dans l'état du mal épileptique, je ne connais rien de meilleur que les injections d'acétylcholine.

Quand j'ordonne les pilules dont j'ai déjà parlé, j'ai l'habitude d'aller en diminuant de 1 centigramme, de 15 en 15 jours par chaque pilule. Quand je vérifie que la maladie est constituée par la méningite ou l'encéphalite chronique, j'ordonne une association d'iode et de thiosinamine. Je cherche ainsi à ramollir la plaque de sclérose cérébrale existante dans ce cas.

J'ai rencontré et guéri beaucoup de malades d'épilepsie de la puberté, au moyen de l'extrait testiculaire ou ovarien suivant le sexe.

Le bromure, de préférence le bromure de potassium, ne doit jamais être donné à doses supérieures à 4 grammes par jour.

J'emploie beaucoup le sirop de *Leptolobium elegans*, les extraits fluides de *Solanum Carolinensis*, de Ronce cervale et de menthe. Ce dernier est le meilleur remède que je connaisse pour les vertiges épileptiques, surtout lorsqu'on l'associe à l'extrait fluide de laitue.

Dans la *Presse Médicale* du 16 décembre 1931, Pagniez et Plichet préconisaient beaucoup le régime cétogène. J'ai également constaté ses bons résultats, surtout chez les enfants.

Hystérie. — Dans le pavillon de la clinique, ces malades prennent une formule à moi, dans laquelle j'associe une solution de valérianate d'ammoniaque du Codex (90 gr.), de l'extrait fluide de mulungú (20 gr.), de simulo (40 gr.) et de belladone (20 centigr.) (trois cuillerées à thé, chaque jour, dans de l'eau sucrée). Les extraits fluides de *Leptolobium elegans* (50 gr.) chaque jour, celui de safran (2 gr.), de romarin (4 gr.), de laitue (4 gr.), d'angélique (4 gr.), d'armoise (8 gr.), de calendule (2 gr.), de feuilles d'oranger (10 gr.), d'herbe cidrière (5 gr.), de quitôco (6 gr.), de viorne (10 gr.), sont utilisés avec avantages.

Quand il y a une crise hystérique, je donne à sentir l'élixir fétide de Fulde qui a pour base l'asa fétida.

La compression des ovaires, que j'ai vu faire bien des fois, ne donne pas des résultats avantageux et n'a aucune base scientifique.

J'ordonne avantageusement le sirop de *Leptolobium elegans* avec le sirop d'éther, du bromure de soude, les extraits fluides de bardane, de mulungú et de simulo.

La meilleure injection calmante est celle de hyoscine.

Les douches tièdes ou écossaises, avec lente transition, sont très recommandables. Je prescris beaucoup l'éther amyvalérianique, tout comme les pilules de valérianate de zinc.

Et la psychothérapie est évidemment, dans quelconques cas d'hystérie, un traitement basique indispensable.

Neurasthénie. — Je considère que la neurasthénie doit être divisée en deux grands groupes : psychasthénie et nervosisme.

Dans les deux cas, j'emploie, comme tonique nervin préféré, l'ovolécithine, principalement sous la forme d'injections. Je considère le soufre comme très nuisible, ainsi que la strychnine et la kola, que tant d'autres cliniciens ordonnent communément.

Je trouve qu'ils excitent beaucoup et j'ai observé qu'ils aggravent les symptômes habituels et d'autres inconvénients de la maladie.

J'ai prescrit avec avantage des injections d'arsenic, principalement sous la forme de cacodylate de soude en fortes doses, et de l'encéphaline, extrait du cerveau. Profitable également est l'association de l'or colloïdal qui est un véritable antitoxique de la cellule nerveuse et du glycérophosphate de magnésie, qui est un excellent tonique, non excitant.

Dans la psychasthénie, je préfère comme calmant des remèdes qui ne dépriment pas. Je conseille au malade de prendre sa médication peu avant de faire quelque chose qui lui inspire de la crainte ou qui lui soit désagréable. J'insiste, enfin, qu'il emporte sur lui, lorsqu'il sort, de petites doses qu'il doit prendre lorsqu'il est impressionné et affligé. Il est alors dans la situation de celui qui va tout seul dans la forêt, mais qui se sent tranquille avec la conviction de pouvoir se défendre des assaillants, avec un bon revolver.

Chez le psychasthénique, une fois tonifié le système nerveux et abolie l'émotion, l'individu parvient à réagir.

La sensation de malaise disparaît parfaitement au moyen des extraits fluides de houblon et de laitue ou par celui de *Passiflora incarnata*.

S'il s'agit de psychasthéniques qui aient de la psychopathologie, je leur affirme que le neurasthénique ne devient pas fou et je leur donne les remèdes propres à enlever l'affliction de la tête. Je leur rappelle également que, quand un individu devient fou, il entre dans la folie sans y penser et que personne n'a jamais perdu la raison par la crainte de devenir fou.

Si l'individu craint de sortir de la maison, j'insiste pour qu'il

emporte avec lui le remède. Il en sera de même pour tout autre atteint d'une phobie de cette nature, telle que, par exemple, la crainte de toucher à certains objets, etc. J'insiste toujours sur ce fait que la psychasthénie curable est sans gravité aucune. S'il y a impuissance psychique, je donne l'extrait fluide de *Echinacea angustifolia*, de *damiane*, de *muirapuama* et de *mulungú*, à la dose de 2 gr. chacun, tous les jours.

Je montre la normalité des réflexes crémastériens et je signale qu'il n'y a pas d'impuissance, mais un état nerveux qui cause l'inhibition. Le remède associé à la lécithine enlève l'émotion et stimule le côté sexuel.

Les douches, particulièrement écossaises avec transition lente, sont très indiquées.

La persuasion pure, par elle-même, ne guérit pas le neurasthénique. Celui-ci n'est pas le même que l'hystérique chez lequel tout peut se réaliser par la suggestion et tout disparaît par l'influence exclusive de la persuasion.

Si, dans la psychasthénie, dominant les obsessions et les phobies, dans le nervosisme, prépondèrent l'anxiété et un malaise intense.

Dans la neurasthénie, il s'agit d'appliquer le traitement basique qui lui convient, c'est-à-dire la lécithine, l'encéphaline ou l'arsenic.

S'il y a nervosisme céphalique, j'ordonne avec profit la poudre de fève de calabar, à la dose maxima de 20 centigrammes par jour.

J'associe également, parfois, l'iodure de soude aux extraits fluides de houblon et de laitue.

Quand il y a nervosisme cardiaque, je préfère l'extrait fluide de *Veratrum Viride* à la dose maxima de 30 centigrammes par jour.

Quand il y a nervosisme gastrique, je mélange avec un remède de notre flore le *cocculus*, les extraits fluides de menthe et laitue, ce qu'il y a de meilleur pour les vertiges, et le houblon, ou la *Passiflora incarnata* pour d'autres perturbations provenant de la cénesthésie.

Dans le nervosisme intestinal, je préfère les extraits fluides de *nectandra amara*, de *Cannabis Indica*, de *jusquiame* et de *belladone*.

Dans le nervosisme sexuel, on peut utiliser les injections d'extrait testiculaire, ainsi que les extraits fluides de *damiana*, d'*Echinacea angustifolia*, de *muirapuama* et de *jusquiame*.

Le régime alimentaire est très important dans la cure du

nervosisme. Je conseille l'avoine, les pois-gourmands, le blé, les fèves, le seigle, la viande maigre de poule, le mouton ou le porc, le foie, les reins, la cervelle, le poisson frais, les œufs, le lait et les fromages, le riz, l'orge, le maïs, les haricots, les pommes de terre, le mandioque, les aubergines, la courge, la laitue, les radis, les carottes, les betteraves, les fraises, les raisins, les oranges, les fruits d'abacatier, les bananes, les noix muscades, la menthe et l'anis. Je défends la viande de bœuf, l'alcool sous toutes les formes, le café, le thé, les saucisses, les consommés et les conserves de viande, l'abus du sel, de la cannelle, le gingembre et le gibier.

Dans les paroxysmes d'anxiété, il n'y a rien de meilleur que le gardenal associé à la dionine et à la passiflora incarnata.

Etats atypiques de dégénérescence. — Dans ce groupe de psychopathes constitutionnels, la Société Brésidienne de Neurologie, Psychiatrie, et de Médecine Légale englobe le déséquilibre mental, la dépression et l'excitation constitutionnelle, les perversions sexuelles et le délire spirite épisodique.

Comme traitement préventif du déséquilibre mental l'hygiène mentale a beaucoup à faire.

Comme traitement curatif, l'emploi du 914 à petites doses peut être très avantageux, s'il y a syphilis. Il est intéressant de signaler que dans ce cas, le bismuth donne des résultats moins brillants et le mercure est presque sans profit.

S'il y a un déséquilibre vago-sympathique, je prescris le traitement adéquat. J'ai vérifié que les extraits fluides de houblon, de laitue et de *Vitis Nilis*, donnent de très bons résultats dans toute perturbation quelconque de la cénesthésie. Je les associe parfois à une solution de valérianate d'ammoniaque du Codex.

Les extraits de thyroïde, d'hypophyse, de surrénale sont indiqués comme stimulants.

La glande pinéale est stimulatrice de l'intelligence. L'extrait de parathyroïde convient aux déséquilibrés excités ou avec spasmes. Les glandes sexuelles sont également convenables.

Dans les cliniques d'euphrénie de Rio de Janeiro, on cherche à transformer des enfants déséquilibrés en enfants sains. L'avitaminose est peut-être la cause et je cherche à la corriger. L'émotivité exagérée peut être un effet d'hyperthyroïdisme, il convient alors d'employer le sérum anti-basedowien.

Si la cause est due à l'encéphalite épidémique, je donne l'or colloïdal alterné avec l'iodinjectol salicylé.

On peut expliquer la réalisation d'actes anormaux en les

attribuant à des perturbations endocrines et, dans ces cas, l'opothérapie est très indiquée. Dans le traitement de la dépression constitutionnelle, j'emploie le cacodylate de soude, l'insuline, avec de la surrénale, en outre, l'extrait fluide de damiane, que je considère comme le remède qui donne la gaieté. J'ordonne aussi le phosphate de soude avec les extraits fluides de coca et les cerises de Virginie.

Dans le traitement de l'excitation constitutionnelle, j'ordonne les extraits fluides de *Casemiroa edulis* et de belladone avec de l'Ergotine d'Yvon.

Dans le traitement des perversions sexuelles, il convient d'explorer les dérangements endocriniens et d'appliquer la médication appropriée.

Dans le traitement du délire épisodique, rien n'est supérieur aux injections de valérianate d'atropine, qui guérissent dans 100 0/0 des cas.

Oligophrénies. — Dans ce groupe, sont étudiés l'affaiblissement mental acquis, la débilité mentale, l'imbécillité et l'idiotie. J'ai ordonné avec profit l'extrait de thyroïde du 1^{er} au 10 de chaque mois, celui de thym, du 11 au 21, celui d'hypophyse du 22 au 31. En même temps, s'il y a syphilis, je prescris 30 centig. de 914 de 5 en 5 jours.

Je suis partisan de la thérapeutique par le travail en ateliers adéquats, travail des champs, etc. Il y a des écoles d'anormaux. Des jardins pédagogiques pour l'enfance rendent de grands services.

Dans cette synthèse, je me suis appliqué à signaler tout ce que je fais relativement au traitement des psychopathes dans la Clinique Psychiatrique que je dirige. Ce sont des traitements originels, mes propres créations.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 9 Juillet 1936

Présidence : M. VURPAS, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 11 juin 1936 et le procès-verbal de la séance du lundi 22 juin 1936 sont adoptés.

PRÉSENTATIONS ET COMMUNICATIONS

Ramollissements cérébraux ayant simulé une tumeur cérébrale, par MM. L. MARCHAND, R. ANGLADE et L. VIDART (1).

C'est le second et dernier acte d'une communication qui a été faite devant cette société, le 9 janvier 1936, communication qui avait pour titre : « Epilepsie généralisée. Ralentissement intellectuel et tumeur cérébrale probable » (1).

Disons tout de suite que le diagnostic de « tumeur cérébrale probable » s'est révélé faux à l'intervention et à l'autopsie. Cette erreur qu'il était de notre devoir de vous signaler, comporte des enseignements qu'il est utile d'en dégager.

(1) Voir communication de R. ANGLADE et L. VIDART. — *Soc. Méd.-Psych.*, 9 janvier 1936, p. 77.

Rappelons très brièvement les traits principaux de l'observation clinique :

Epilepsie d'abord fruste sous forme d'absences pendant quatre années, de 1914 à 1918. Ensuite, épilepsie totale avec pertes de connaissance et convulsions généralisées. Crises hebdomadaires, parfois même bi-hebdomadaires précédées souvent de vomissements explosifs.

Syndrome mental surajouté : taciturnité, mutisme, irritabilité, dysmnésie, ralentissement intellectuel considérable, apathie, indifférence, bouffées d'excitation passagères.

Syndrome neurologique : céphalées frontales et occipitales continues avec exaspérations matutinales, vomissements, baisse de la vue, hémiparésie droite avec réflexe cutané-plantaire en extension du côté droit.

Examen du liquide céphalo-rachidien : tension 40, en position couchée, dissociation albumino-cytologique légère. Examens oculaires : œdème papillaire léger plus marqué à droite avec bords de la papille estompés et quelques tortuosités vasculaires. A gauche, très léger flou de la papille.

Syndrome vasculaire : hypertension artérielle, 22 1/2 et 14 au Vaquez. Urée sanguine : 0,47 par litre.

Diagnostic : l'hypothèse de démence épileptique n'était pas acceptable. L'épilepsie idiopathique s'accompagne rarement de paralysies ou parésies partielles. En faveur d'une tumeur cérébrale il y avait l'association précoce d'un déficit intellectuel et de l'épilepsie, l'hémiparésie, les troubles visuels, l'apathie, l'irritabilité, la tension rachidienne avec dissociation albumino-cytologique.

Ce diagnostic fut, après un examen approfondi pratiqué par un neuro-chirurgien particulièrement avisé, M. le Dr Clovis Vincent jugé assez solide pour justifier une intervention chirurgicale.

Celle-ci fut précédée d'une ventriculographie qui fut négative. Une trépanation décompressive pratiquée par le Dr Puech permit d'écarter définitivement le diagnostic de tumeur cérébrale.

Le malade étant décédé quelque temps après, à l'âge de 47 ans, l'examen du cerveau a donné lieu aux constatations suivantes qui peuvent se résumer ainsi :

Examen macroscopique. — Cerveau : léger épaissement de la pie-mère au niveau des lobes frontaux, surtout du côté gauche.

Hémisphère droit : poids, 675 gr. A la partie antérieure du lobe temporal, au niveau de l'orifice de trépanation décompressive, la

substance cérébrale fait hernie à travers la pie-mère, sur une surface d'une pièce de deux francs.

Foyer d'hémorragie récente, de la grosseur d'un gros pois, situé à un centimètre et demi de profondeur à la partie postérieure de la première circonvolution frontale.

Petit foyer d'hémorragie récente, de la grosseur d'un grain de millet à la partie antérieure du noyau caudé.

On ne note pas macroscopiquement d'autres lésions.

Hémisphère gauche : poids, 675 gr. Dans la substance blanche de la circonvolution limbique, à sa partie moyenne, pseudo-kyste (ramollissement ancien) d'un centimètre de hauteur sur trois millimètres de largeur, disposé verticalement.

Au niveau du tiers supérieur de la frontale ascendante, aspect criblé situé à l'intersection de la substance grise et de la substance blanche et ayant la dimension d'une lentille.

Au niveau de la pointe occipitale du ventricule latéral à la région supéro-externe, pseudo-kyste de la grosseur d'un petit pois intéressant une partie des radiations optiques de Gratiolet. Au même niveau, deux foyers de ramollissement de la grosseur d'un grain de mil situé dans la substance blanche comprise entre le ventricule et la région corticale externe.

Cervelet et bulbe : pas d'athérome des artères de la base, pas de granulations du plancher du quatrième ventricule. Cervelet normal.

Examen microscopique. — *Hémisphère gauche* : Les lésions sont plus accusées dans l'hémisphère gauche. Dans la pie-mère, épaississements par places formés de strates de collagène sans trace d'inflammation. Les vaisseaux méningés ont leurs parois considérablement épaissies, surtout l'endartère et l'adventice.

Les pertes de substance (pseudo-kystes) signalées à propos de l'examen macroscopique dans la circonvolution limbique, la frontale ascendante et le lobe occipital, présentent toutes les mêmes caractères. Il s'agit de foyers de ramollissement très anciens. Leurs parois sont irrégulières et atteintes de sclérose névroglique, elles renferment de nombreuses cellules mononucléées avec corps cytoplasmiques arrondis contenant des grains de pigment (cellules de remplissage) ; des fibrilles névrogliques s'échappent par endroit des bords de la cavité et aboutissent à de petits vaisseaux à parois très épaissies (sclérose pseudo-angiomateuse).

Outre ces foyers, il existe, dans la frontale ascendante, de petits foyers microscopiques de ramollissements anciens compris dans le cortex sous la pie-mère. A ce niveau, la méninge est très épaissie et infiltrée de gros mononucléaires et de corps granuleux. Autour du foyer, le cortex est fortement sclérosé et le tissu comprend de volumineux astrocytes et de nombreux vaisseaux à parois très épaissies.

Dans les autres régions corticales et sous-corticales, on note des zones microscopiques de sclérose pseudo-angiomateuse, des nodules

névrogliques centrés par un vaisseau et qui représentent la cicatrice d'anciens ramollissements microscopiques. Dans la substance blanche sous-corticale, vaisseaux très dilatés et veinules dont les parois sont bordées de nombreux corps granuleux bourrés de granulations lipoïdiques. Les espaces péri-vasculaires sont très dilatés.

La cytoarchitectonie du cortex est fortement troublée dans les régions où se trouvent les foyers de ramollissement et les foyers de sclérose. Les cellules nerveuses renferment des zones pigmentées. Leurs neurofibrilles, en dehors de ces zones, sont bien conservées.

Dans les régions motrices, présence de veinules à parois entourées d'un manchon de cellules lymphocytaires et de corps granuleux ; nombreuses granulations azurophiles dans le tissu inflammatoire (lésion récente).

Dans le noyau caudé et le putamen, œdème diffus et distension des espaces périvasculaires. Epithélium épendymaire normal. Dans la couche sous-épendymaire, quelques vaisseaux ont leurs parois infiltrées de cellules lymphocytaires (lésion récente).

Dans la couche optique, vaisseaux à parois hypertrophiées, leur adventice surtout est très épaissie. Nombreux foyers microscopiques de sclérose renfermant des vaisseaux obstrués par un tissu conjonctif ancien, astrocytes volumineux disposés autour des vaisseaux.

Hémisphère droit : vaisseaux méningés à parois épaissies. Dans le cortex, zones acellulaires. Vaisseaux dont les espaces périvasculaires sont remplis de corps granuleux renfermant du pigment. Sclérose névroglique corticale diffuse. Diminution du nombre des fibres tangentielles dans la région motrice.

Dans la couche optique, nodules névrogliques microscopiques centrés par un capillaire.

Cervelet et pédoncules : pas d'altération importante.

Bulbe : épaississement considérable des parois des vaisseaux méningés et intrabulbaires, hypertrophie de l'endothélium et de l'adventice. Peu de réaction vasculaire. Distension des espaces périvasculaires. Légère dégénérescence de la pyramide gauche.

Nerf optique : aucune dégénérescence des fibres, léger épaississement des vaisseaux et de la gaine périphérique.

COMMENTAIRES. — Ainsi au lieu d'une tumeur, ce cerveau présente des lésions diffuses de sclérose névroglique et d'épaississements vasculaires et, dans l'hémisphère gauche les lésions s'accroissent jusqu'à former des lacunes de désintégration visibles à l'œil nu, de dimensions importantes l'une surtout, celle de la circonvolution limbique.

Autrement dit, c'est un processus diffus, caractérisé par de la sclérose corticale diffuse, des foyers microscopiques de sclérose pseudo-angiomateuse, des nodules névrogliques, des foyers de

ramollissements à parois organisées qui est responsable de la démence, de l'épilepsie, de la céphalée, de l'hémi-parésie droite et l'épaississement des parois des vaisseaux des nerfs optiques explique les troubles visuels et la stase pupillaire.

Et cela veut dire que nous avons omis de penser à un diagnostic qui, en y réfléchissant rétrospectivement aurait dû retenir notre attention plus minutieusement qu'il ne l'a fait.

Il est certain que les états lacunaires sont tout particulièrement aptes à réaliser des syndromes de tumeurs cérébrales lorsqu'au lieu de se produire dans les parties basses du cerveau, les noyaux de la protubérance et le cervelet qui sont leurs points de prédilection, ils intéressent également la corticalité cérébrale. Alors, comme dans notre cas la démence est précoce et progressive, les parésies surviennent au gré des localisations lacunaires.

Le diagnostic dans ces cas est difficile, on le conçoit, et les exemples : « publiés par Globus et Strauss témoignent qu'entre « tumeur et lésions cérébrales d'origine vasculaires, l'erreur « peut être faite par des neurologistes expérimentés : six fois « ces auteurs prirent une lésion vasculaire (ramollissement ou « anévrysme) pour une tumeur ; une fois seulement ils firent « l'erreur inverse. » (1)

Ainsi, s'il est vrai qu'il n'est pas rare de découvrir dans les asiles à l'autopsie de certains épileptiques ou de certains déments des tumeurs cérébrales demeurées cliniquement muettes pendant de longues années, s'il est vrai que ces tumeurs peuvent prendre souvent « le masque » du ramollissement, il n'est pas moins vrai que les états lacunaires peuvent aussi produire cliniquement des syndromes très complets de tumeurs cérébrales et que le diagnostic dans ces cas, sans l'aide de la ventriculographie, peut être d'une exceptionnelle difficulté.

Paraphrénie imaginative (Un faux Prince de Condé)

par MM. H. CLAUDE, P. SIVADON et J. FORTINEAU

La littérature psychiatrique abonde en observations de délirants s'étant affublés d'une personnalité royale ou princière. Mais, dans la plupart des cas rapportés (Serieux et Capgras,

(1) J. H. GLOBUS et I. STRAUSS (de New-York). — Vascular lesions and tumors of the brain, difficulties in differential diagnosis. *Arch. of neur. and psychiatr.*, mai 1926, vol. 15, p. 568-587.

Cités par J.-A. BARRÉ, O. METZGER et J. MASSON, « sur le diagnostic entre ramollissement et tumeur cérébrale ». *Paris Médical*, 3 octobre 1931.

Laignel-Lavastine et Vinchon, etc...) il s'agit de sujets dont l'identité réelle est connue, et dont le délire s'est constitué progressivement, habituellement sur un thème de filiation, grâce à des apports imaginatifs, interprétatifs ou même hallucinatoires. Beaucoup sont des « raisonnants » dont la conviction est étayée par des interprétations délirantes. Ils discutent leurs affirmations, souvent avec habileté, et masquent les éléments intuitifs ou imaginatifs de leur délire par des « faisceaux de présomptions » patiemment accumulés.

Rien de tel chez le sujet que nous vous présentons. Nous devons, sur son identité réelle, nous contenter d'hypothèses. Son dossier administratif est au nom de de Condé, Louis-Antoine, sans profession. Son délire se présente tout d'un bloc et ne souffre aucune discussion. Il ne comporte aucune argumentation. Il est impossible de déceler dans sa structure les éléments d'une construction progressive.

Enfin, en dehors de quelques idées de persécution mal systématisées, ce délire forme un tout bien isolé dans la personnalité du sujet et c'est ce qui nous a semblé permettre de le rattacher au groupe des paraphrénies. Le pittoresque de sa présentation ajoute encore à son intérêt.

Si nous nous en tenons aux éléments qui nous sont fournis par son récit et par le dossier administratif, voici quelle serait son histoire :

« De Condé » serait né à Paris, dans le 8^e arrondissement, le 12 juillet 1900 et aurait ensuite émigré avec sa famille en Sicile, pendant plusieurs années, « les Bourbons n'ayant pas le droit de vivre en France depuis 1888 », son père et sa mère, née Anne de Lavalette, auraient fait naufrage en 1902 dans la mer Egée. Son grand-père Antoine de Bourbon serait mort en Egypte. Il aurait deux frères et une sœur vivant sous des « noms de circulation », mais il ne fournit aucune autre précision à leur égard. Il aurait été élevé par un oncle, des précepteurs étant chargés de son éducation. Il aurait fait des études à l'Ecole des Beaux-Arts d'Athènes et, pendant la guerre, se serait engagé dans l'armée française en Orient. Depuis 1922, il vivrait à Paris, s'occupant à quelques travaux de dessins d'ameublement. Nous trouvons officiellement la trace de de Condé en 1932, à Lyon, où il a été condamné à 40 jours de prison pour vagabondage et expulsé comme étranger indésirable, mais il n'a pas quitté la France. Il est venu vivre à Paris où il a habité successivement divers hôtels, ne fréquentant personne d'autre qu'un Italien, dessinateur comme lui, son voisin.

En 1934, bien qu'il n'ait aucun papier d'identité, il réussit à se

faire inscrire au chômage à la suite de nombreuses démarches à la Mairie de son arrondissement. C'est sous le nom de de Condé qu'il y fut inscrit. C'est sous ce nom encore qu'il put obtenir une carte d'assuré social. Muni de ce papier à demi-officiel, il lui fut, par la



suite, facile de faire accréditer son nom princier partout où il se présentait. C'est pour « gesticulations et scandale » au bureau de chômage qu'il a été arrêté au début de juin 1936 et envoyé à l'Infirmerie Spéciale. Il portait alors sur son veston une plaque d'identité où l'on peut lire :

« De Condé, Prince de Bourbon, Grand'croix de la Légion d'Honneur, Nationalité française, Paris. »

De temps à autre, il sortait de chez lui avec toutes ses décorations apparentes. Le 14 juillet 1935, il se faisait photographier en ville dans la tenue reproduite ici.

On remarquera son air de grand seigneur, favorisé par un profil assez régulier, une abondante chevelure noire rejetée en arrière et une barbe en pointe, rappelant certains portraits de personnages de la Renaissance.

Une loi l'autorise à porter toutes ces décorations. Il a obtenu, en 1933, « la grande plaque de la Légion d'Honneur » à titre de noblesse sur sa demande ; « on l'a décoré de la palme de l'Académie Française pour son dévouement au travail ». Par héritage, il a droit aux « Lys de Bourbon », il est décoré également de l'Ordre de St-Louis dont il est commandeur et d'ordres étrangers dont il se refuse à donner les noms. Il aurait acheté ces décorations, ainsi que des épaulettes dorées à ses initiales, pour la somme de 3.500 francs. Il aurait le droit de porter un sabre, mais il n'a pas pu l'acheter, faute d'argent.

L'un de nous s'est rendu à son domicile pour essayer d'éclaircir ses conditions d'existence. Il vivait seul, dans une chambre d'hôtel qui n'était payée que par un versement de la Caisse de chômage. Il possède là, divers instruments de musique, quelques tableaux sans valeur et des instruments de dessin. On y trouve aussi un cachet qui lui a coûté 650 francs dont nous reproduisons ci-dessous l'empreinte. Récemment, il avait loué,



en plus de sa chambre, dans un quartier différent, une salle dans laquelle il avait fait installer un piano à queue. Bien que paraissant « bizarre » à son logeur, il n'avait jamais été l'objet d'aucune plainte.

Désireux de percer le mystère de son identité, nous avons pris connaissance des documents que contient son dossier de la

Préfecture de Police. D'après les services de la Sûreté, de Condé serait vraisemblablement un sujet né à Chypre, donc de nationalité britannique. C'est pour cette raison qu'à la suite de sa condamnation pour vagabondage, en 1932, il avait été expulsé. Il se nommerait B... Le malade qui a un accent italien prononcé, nie complètement la réalité de telles assertions.

Au point de vue mental, signalons qu'il s'agit d'un débile mental léger, et qu'il présente quelques idées de persécution : on lui a volé des documents importants. On veut lui nuire, on aurait essayé de l'empoisonner. L'examen neurologique et les examens humoraux sont complètement négatifs.

Ainsi, sommes-nous réduits à des conjectures, tant en ce qui concerne l'identité de ce malade que sur l'origine et le mécanisme de son délire. Il s'agit, nous l'avons dit, d'un débile mental. Cette débilité motive vraisemblablement l'absence totale d'argumentation, et l'aisance avec laquelle le sujet affirme sa conviction sans faire le moindre effort pour l'étayer sur des preuves plus ou moins acceptables. A tous les arguments d'ordre logique ou historique qu'on lui oppose, le malade répond : « C'est une erreur, c'est vous qui vous trompez ». Il n'essaie même pas d'utiliser ceux de ces arguments qui pourraient lui être favorables et que lui fournissent bénévolement les interrogatoires successifs. Sa conviction est primitive, elle est évidente et se passe de tout raisonnement. Et l'on peut se demander si l'absence totale d'éléments interprétatifs et d'organisation logique, ne dépend pas de la pauvreté de ses exigences intellectuelles. Peut-être, dans bien des cas analogues, dits à « base interprétative » le mécanisme interprétatif est-il secondaire à la conviction du sujet et n'apparaît-il que pour satisfaire les besoins rationnels et entraîner la conviction d'autrui. Il nous a paru intéressant de rappeler que le raisonnement et l'interprétation peuvent n'avoir aucune part dans la structure d'un tel délire et qu'ils n'appartiennent le plus souvent qu'à une « superstructure » d'autant plus riche que l'intelligence du sujet est plus exigeante.

Nous n'avons, d'autre part, aucun élément qui nous permette de fixer l'origine des troubles délirants de notre sujet. Ils paraissent d'évolution déjà ancienne. Existaient-ils déjà lors de la condamnation de 1932 ? et ont-ils été méconnus ? Ou peut-être cette condamnation elle-même a-t-elle joué un rôle dans leur éclosion ? Une hypothèse peut en effet être envisagée. Dans bien des cas de délire de grandeur de ce type, la psychose peut être considérée comme un refuge, une compensation recherchée,

en raison d'un complexe d'infériorité. Or, notre malade a été condamné à l'expulsion, comme étranger indésirable. Est-ce pour échapper à cette humiliante condition qu'il s'est réfugié dans la personnalité d'un français de lointaine et glorieuse origine ?

En terminant, il est curieux de souligner avec quelle facilité, un délirant aussi évident a pu, pendant des années, en plein Paris, sans moyen d'existence, sous une identité d'emprunt et une tenue baroque, circuler sans alerter la police. Seule, en effet, une altercation sans importance, a motivé son arrestation.

M. HEUYER. — Pourquoi employer le nom de paraphrénie au lieu de celui de délire d'imagination pour étiqueter ce cas qui est conforme à la description classique des auteurs français ? Je me méfie des synthèses hâtives qui se font parfois à l'étranger et auxquelles leurs propres auteurs renoncent. Il est plus sage, d'adopter, comme nous y invite notre confrère Boven dans son rapport au Congrès de Zurich, la méthode analytique française.

M. RONDEPIERRE. — Le délire de ce malade me rappelle celui d'une malade de la Clinique internée à la suite de scandales produits par sa prétention à être Mme Foch. Et le fait qu'il ait pu vivre longtemps sans éveiller l'étonnement de l'entourage malgré l'extravagance de sa tenue me rappelle l'aventure d'un malade évadé de Fains qui, parti avec un simple pantalon et les pieds nus, revint spontanément à l'asile après une absence de plusieurs semaines pendant laquelle il avait trouvé moyen de vivre et de s'habiller à peu près convenablement.

M. VURPAS. — Un autre évadé circula plusieurs semaines à Paris, en se faisant appeler le duc d'Antin, et en faisant mille extravagances sans arrêter l'attention du public. Pour le malade qui a été présenté, on peut se demander s'il n'est pas affaibli intellectuellement.

M. FORTINEAU. — L'indifférence avec laquelle il a semblé ne pas écouter ma discussion n'était qu'apparente. La vivacité et l'insistance avec laquelle il a exposé sa thèse, le prouvent. C'est un individu qui n'a jamais été bien intelligent, mais qui n'a rien perdu. Les tests prouvent sa débilité.

Psychose gémellaire, par MM. G. HEUYER et LONGUET.

OBSERVATION. — Les sœurs J. Marie-Ida et Reine-Marthe, jumelles, âgées de 25 ans, ont été envoyées, le 24 juin, à l'Infirmérie Spéciale. Elles ont été trouvées dans le couloir d'un immeuble ; elles avaient passé la nuit devant la porte de Mme M., leur ancien professeur de piano, qui leur avait refusé l'hospitalité. Elles avaient quitté, deux jours auparavant, le domicile de leurs parents parce que la vie de famille leur était devenue intenable. Elles présentent, l'une et l'autre, un délire dont le contenu et la forme ne sont pas identiques chez chacune d'elles.

I. — *Marie-Ida* présente un délire éroto-maniaque du type le plus pur, tel que l'a décrit de Clérambault.

Etudiante en lettres à la Sorbonne, elle est amoureuse d'un de ses professeurs, M. M... Depuis un jour de janvier 1935 où elle a assisté, pour la première fois, au cours de M. M..., elle a conçu pour celui-ci une violente passion. Au bout de 2 ou 3 mois, elle a acquis la certitude délirante que l'objet de son amour laissait clairement voir qu'il partageait ce sentiment ; par son attitude, l'émotion qu'il laissait paraître, sa rougeur, sa pâleur, ses regards, par des allusions continuelles en commentant Catulle et Virgile, il démontrait, non seulement qu'il n'était pas insensible à l'amour de son élève, mais qu'il était envahi par la même passion. Comme l'a démontré de Clérambault, dans l'érotomanie, les sentiments de sont pas restés platoniques. Ida a avoué son amour à M. M..., lui demandant de l'épouser ou de faire d'elle sa maîtresse ; elle a commencé une véritable poursuite amoureuse, accompagnée d'une correspondance unilatérale très abondante ; toutes les lettres sont à peu près identiques ; précises dans leurs termes, elle loue les qualités de M. M... dans tous les domaines, elle conclue à la nécessité d'une union prochaine, des phrases comme celle-ci ne laissent pas le moindre doute sur ses intentions : « Je sens un désir toujours plus ardent m'animer quand je pense à ce que ce serait de tenir votre corps si doux et si riche, si adorablement délicat, joli et puissant, nu dans mes bras, de voir votre visage se colorer et vos lèvres devenir vermeilles et le vert de vos yeux brillant et plus attirant. Puisque vous m'êtes aussi indispensable que la nourriture quotidienne et que je dépérissais sans vous, il faut que vous m'épousiez pour les vacances. » Or, M. M... est marié, il a fait part à sa femme des lettres qu'il a reçues, Mme M... est intervenue doucement et a d'abord écrit à Ida qu'elle se fourvoyait. Ida a fini par être reçue par Mme M..., « elle a trouvé Mme M... si bonne et si compréhensive qu'elle ne s'opposerait certainement pas au mariage » (*sic*). Les lettres ont continué ; M. M... a essayé de convaincre directement sa jeune élève de l'absurdité de

son insistance ; or, au cours de cette conversation, les gestes d'Ida ont été si pressants qu'après avoir embrassé M. M..., elle a voulu l'entraîner dans un hôtel. Alors, M. M... a renvoyé les lettres sans les ouvrir, il a avisé les parents de son élève ; il a prévenu le Doyen de la Faculté, qui a fait venir la jeune étudiante à son bureau et l'a admonestée. Mais rien n'a été changé. Ainsi qu'il est habituel dans l'érotomanie, Ida a vu, dans tous ces procédés, des démonstrations d'amour, des épreuves destinées à renforcer sa passion ; les moindres détails ont été interprétés parfois avec une grande subtilité.

Il est à noter que ce n'est pas pour ses réactions d'érotomane qu'Ida a été envoyée à l'Infirmerie. Elle n'en est pas encore à la phase de haine, elle en est à la phase d'amour et elle reste convaincue qu'elle est aimée et protégée par M. M...

Jusqu'au 17 juin dernier, le rôle de sa sœur Reine a été celui d'une confidente ; elle connaissait et protégeait l'amour d'Ida pour leur professeur commun, elle ne participait au délire érotomane que d'une façon passive ; à partir du 17 juin dernier, son rôle est devenu plus actif.

II. — *Reine-Marthe* regardait, avec sa sœur, un portrait de Mussolini à la devanture d'un libraire de la rue des Ecoles. Elle eut l'intuition que c'était M. M..., l'amoureux d'Ida, la ressemblance était frappante. Mussolini n'est donc qu'un sosie, M. M... représente un « grand pouvoir et s'intéresse à elles depuis longtemps ». Dès l'enfance, à l'école des sœurs, de bons professeurs qu'on n'aurait jamais dû y trouver, ont été placés auprès d'elles par Mussolini. Depuis, il a guidé leurs études supérieures ; il aurait préféré les voir s'orienter vers la musique. A cause de cela, il a permis que Reine, malgré ses excellentes compositions, échoue à son dernier examen parce que les parents J..., qui ne sont pas leurs vrais parents, avaient corrompu les professeurs. Ainsi se manifeste la haine profonde et le mépris qu'elles ont pour leurs parents.

Ida a accepté sans difficulté l'explication, elle a conclu qu'elle est « beaucoup plus importante qu'elle n'en a l'air ». « Je suis, dit-elle, une intelligence supérieure, un génie, M. M... est aussi un génie, c'est pour cela que nous nous aimons. » Il est plus âgé qu'elle, sans doute, mais « Rubens a fait ses meilleures toiles après avoir épousé une jeune femme ; il pourra être un Rubens de la musique et elle l'inspirera ». Tout cet avenir est incompatible avec le milieu familial, avec ces faux parents qui les ont maltraitées, disent-elles, de toutes façons. Leur père, dit Ida, a montré qu'il voulait « faire l'amour » avec elle, lui a touché la poitrine, le pubis, il a essayé de la voir nue et tenté de la prostituer avec des jeunes gens. La mère, consentante, a tenté de les asphyxier par les vapeurs d'un fourneau à pétrole, de les empoisonner avec de la viande et des œufs de mauvaise qualité, elles ont eu des coliques et des boutons suspects.

A 12 ans, on a fait arracher une dent à Ida sans raison valable. Il est manifeste que les époux J... cherchaient à les faire disparaître ; ils ne sont que des pseudo-parents ; ils avaient des affiliations politiques, mais M. M...-Mussolini les protégeait.

Il est impossible d'établir la part qui revient à chacune des deux sœurs dans le délire de persécution et de grandeur auquel elles ont abouti. C'est Ida qui, la première, a été amoureuse de M. M... et a été persuadée qu'elle était aimée de lui. C'est Reine qui, la première, a identifié M. M... à Mussolini. Mais les persécutions familiales, le délire de grandeur, semblent avoir été communs, chacune interprétant, inventant, ajoutant.

Finalement, Ida et Reine sont Russes et de grande noblesse. Ida est Catherine de Russie ; pour démontrer l'évidence de cette filiation, des preuves sont données : un livre sur le nihilisme relatait l'assassinat de deux frères Korsakoff qui portaient les mêmes prénoms que leur propre frère ; M. M... appelait Korsakoff une voisine de cours, il orthographiait mal le nom de J... pour prévenir les deux sœurs que ce n'était pas leur vrai nom ; en Angleterre, où elles sont allées, on a eu pour elles des égards spéciaux ; tout récemment, devant elles, des gens lisaient dans le métro des feuilletons sur la dernière Tzarine ; les libraires affichent la vie de la Grande Catherine, etc. L'hostilité des parents s'explique par la jalousie et leur désir d'usurper les titres pour leurs deux fils. M. M... a voulu les avertir de différentes façons, en leur montrant des gens borgnes, des visages couverts de cicatrices, etc. On s'efforce aussi de leur faire croire qu'elles sont jumelles ; ce n'est pas vrai, elles relèvent de multiples dissemblances entre elles, elles ont en réalité deux ans de différence, c'est Ida la plus âgée.

Pendant leur séjour à l'Infirmierie, les deux sœurs ont continué à tout interpréter dans le sens de leur délire ; expansives, elles répondent facilement aux questions, elles ont des répliques vives, souvent caustiques ; interrogées ensemble, elles alternent leurs réponses ou parlent en même temps, en employant les mêmes termes, l'une complétant la phrase commencée par l'autre, ou lui fournissant un mot qui manque.

Mises en présence de leurs parents, elles prennent une attitude hautaine, insolente, injurieuse ; elles reprennent tous les griefs précédemment exposés avec une violence méprisante ; elles s'étonnent que « ces gens » osent parler de les reprendre ; elles préfèrent mourir plutôt que rentrer dans leur famille.

Antécédents. — Les parents paraissent bien portants : la mère semble bien équilibrée ; mais le père, inquiet, méfiant, ne donne des renseignements sur son état civil qu'avec beaucoup de difficultés et de réticences : il nous paraît être quelque peu paranoïaque. Une sœur du père a fait un épisode de dépression qui a nécessité un internement de 6 mois ; depuis 10 ans, elle n'a présenté aucun trouble.

Les parents ont eu 2 autres enfants, qui sont normaux et bien portants.

Pour Ida et Reine, il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une gémellité univitelline ; leur ressemblance, pendant les 15 premières années, était telle que leur entourage ne les distinguait que par des détails de toilette et il fallait leur mettre un ruban de couleur différente pour les identifier. Depuis la puberté, cette ressemblance est encore très marquée ; Reine paraît un peu plus forte et plus grande que sa sœur, mais le comportement de ces deux jeunes filles est identique ; les gestes, les attitudes, la mimique peuvent prêter à confusion.

Les deux sœurs ont toujours vécu ensemble, très attachées l'une à l'autre, se consultant en toutes circonstances, affichant les mêmes goûts, entreprenant les mêmes études. Leur enfance semble avoir été chétive, elles ont contracté ensemble la diphtérie et la rougeole. A l'âge de 16 ans et demie, Reine a été atteinte d'une pleurésie, qui a nécessité un séjour à la montagne : elles ont été ainsi séparées pendant quelques mois. Elles ont fait des études primaires normales ; après avoir passé le Brevet élémentaire, elles ont fait toutes deux un séjour d'une année en Angleterre, où elles ont acquis un diplôme d'enseignement.

Revenues en France, âgées de 19 ans, elles ont préparé seules le baccalauréat, elles l'ont passé après plusieurs échecs, 4 pour Ida, 3 pour Reine. Puis elles ont fait chacune une licence d'anglais avec 3 certificats ; elles avaient déjà le premier certificat d'une licence de lettres quand Ida est devenue amoureuse de M. M...

A noter que Reine passait ses examens avec plus de facilité que sa sœur. Ida était toujours en retard d'une session.

Les deux sœurs ont toujours marqué une certaine hostilité à l'égard de leurs parents et de leurs deux frères, actuellement âgés de 23 et de 14 ans. Cette hostilité s'est accrue depuis leur retour d'Angleterre ; les deux sœurs menèrent alors une vie commune à l'écart de leur famille, dans un état de demi-séquestration volontaire, restant plusieurs jours dans leur chambre et ne la quittant que pour aller aux cours ; elles avaient refusé de prendre leurs repas avec les parents qui mangeaient avant ou après elles. Depuis 6 mois, des scènes familiales éclataient fréquemment, les deux sœurs refusaient de faire toute besogne ménagère ; elles avaient une attitude arrogante, insolente et menaçante, elles se sont même livrées à des violences sur leur mère.

Il y a deux mois seulement qu'Ida a extériorisé son délire en prévenant sa mère, par un billet impératif, qu'elle comptait épouser M. M... : « Je vais épouser, le plus tôt possible, M. M..., Professeur en Sorbonne, Directeur des Hautes-Etudes, que les Professeurs et élèves craignent fortement ; tu pourrais parler à Mme M... des détails pratiques, surtout de la date de la présentation qui devra avoir lieu le 12 au plus tard. » (*sic*).

Examen physique. — Les deux sœurs sont de petite taille, au-dessous de la moyenne, d'apparence chétive : Ida a 1 m. 41 et Reine 4 centimètres de plus. Reine est plus forte que sa sœur.

Elles ne présentent aucun signe neurologique, aucun signe viscéral important.

Nous avons cherché quelques détails morphologiques qui permettent de les distinguer : elles ont chacune deux tâches pigmentées sur la joue droite, plus rapprochées chez Ida ; deux tâches sur la nuque, à droite chez Ida, à gauche chez Reine ; deux tâches symétriques sur les flancs droit et gauche chez Reine ; une tâche sur la fesse droite chez Ida ; la forme des oreilles est un peu dissemblable, le bord du pavillon est plus sinueux chez Reine ; Ida présente une glossite exfoliatrice qu'on ne trouve point chez sa sœur. La tension artérielle est de 13,8 chez Reine, de 13 1/2-8 1/2 chez Ida. Les règles sont apparues 6 mois plus tôt chez Reine ; elles ne présentent pas de concordance chez les deux sœurs.

Elles ont été, l'une et l'autre, internées avec les certificats suivants :

1° Pour Ida : Psychose gémellaire à formule individuelle et de commune systématisation. Erotomanie. Amoureuse de Professeur. Etat passionnel, conviction délirante d'être aimée. Phase persistante d'amour ; épreuves imposées par M. M. : refus des lettres, déclarations, demandes de rendez-vous, visite au domicile. Erotisme des propos et des écrits. Extension du délire par collaboration de la sœur jumelle. M. M. est Mussolini. Filiation impériale. Elle est « Catherine de Russie ». Protection occulte. Mépris et haine exprimés à l'égard des « faux parents ». Accusations contre le père. Violences contre la mère. Déséquilibre ancien. Fixation réciproque des deux sœurs. Vie en commun. Identité des réactions. Autodidactisme et ambitions conjugués. Baccalauréat. Licence. Ténacité dans l'effort qui finit par être efficace.

Début de l'érotomanie en janvier 1935. Révélation interprétative et intuitive le 17 juin, à la suite d'incidents d'examen. Arrêtées sur la plainte de la concierge d'un immeuble, où habite leur ancienne maîtresse de piano, à qui elles avaient demandé vraisemblablement de les recevoir ; refus de sortir ; décision de passer la nuit dans le couloir.

Chétivité, hypotrophie staturale et pondérale. Pas de signes neurologiques.

Gémellité univitelline.

2° Pour Reine : Psychose gémellaire.

Psychose gémellaire à formule individuelle et de commune systématisation. Acceptation de l'érotomanie de la sœur qu'elle protège. Paraît avoir l'initiative de l'extension délirante aux idées de filiation. Reconnaissance de M. M. sur un portrait de Mussolini. Identification immédiatement acceptée par la sœur Ida. Même origine de l'origine princière d'Ida, devenue « Catherine de Russie ». Sur ces thèmes

mégalo-maniaques, l'activité délirante initiale paraît revenir à Reine, plus grande, plus forte et dont les succès scolaires étaient plus rapides que ceux d'Ida. Autodidactisme en commun. Réactions identiques de haine et de mépris à l'égard des parents. Orgueil paranoïaque ancien renforcé par les derniers événements. Certitude d'une protection mystérieuse et puissante. Persécution de la part des parents et des professeurs. Force souriante maintenue par la réciprocité de la tendresse des deux jumelles. Chœur alterné des deux sœurs dont les propos se complètent. Epreuves qui se termineront par un triomphe.

Chétivité. Taille : 1 m. 45. Pleurésie à 16 ans. Gémellité univitelline. Identité dans la première enfance. Quelques distinctions morphologiques de détail à partir de la puberté.

COMMENTAIRES. — Nous avons pensé intéressant de rapporter cette observation de psychose gémellaire. Ainsi que nous l'avons noté dans le certificat, il s'agit d'une gémellité univitelline. Les deux sœurs ont vécu étroitement associées pendant toute leur vie, avec une identité d'occupations, d'ambitions, de réactions ; toutefois, elles sont entrées dans le délire d'une façon différente. Elles ont mené l'une et l'autre une vie de déséquilibrées, paranoïaques, ambitieuses, autodidactes, méprisantes pour leur famille. Il semble bien qu'Ida est entrée la première dans la psychose sous la forme d'un délire érotomaniaque ; pendant plus d'un an, elle a prouvé son érotomanie, sur laquelle nous n'insisterons point, car elle représente dans tous ses détails le type de l'érotomanie pure qu'a décrit de Clérambault. C'est au bout d'un an et demi que Reine est intervenue par l'adjonction d'un délire classique d'interprétation à thème de persécution et de grandeur du type décrit par Sérieux et Capgras. Les interprétations délirantes sont nées de l'identification de M. M... à Mussolini ; Reine en a fait part à Ida, trop bien préparée pour ne pas accepter immédiatement cette explication, qui pouvait augmenter son amour pour M. M... Ensuite, il est difficile de faire la part qui revient à chacune d'elles : elles ont enrichi le délire de leurs interprétations concomitantes. Le délire a pris un thème de persécution ; elles sont les victimes de leurs parents. Tous les mythes freudiens sont rappelés, le mythe de l'enfant victime, le mythe des faux parents, le mythe de la noble naissance ; et le délire s'épanouit en une rêverie romanesque de grandeur, le délire d'interprétation évoluant en délire de fabulation. Chacune des jumelles a gardé, dans la psychose, sa formule individuelle, mais peu à peu, au cours de l'évolution du délire, la systématisation est devenue commune et il est impossible, actuellement, de distinguer l'élément actif de l'élément passif.

Il s'agit d'un délire à deux chez des jumelles. Il semble y avoir eu combinaison entre les deux formes de « folie simultanée » décrite par Régis en 1880 et de « folie communiquée », selon le terme créé par Baillarger et repris par Lasègue et Falret. Il n'est pas douteux que le rôle de la prédisposition, sur lequel insistait Marandon de Montyel, a été très important, l'histoire de nos jumelles le démontre aisément.

Nous n'avons point l'intention de faire une étude d'ensemble sur les folies gémellaires. M. Demay, dans sa thèse sur les « Psychoses familiales » leur a consacré un chapitre ; il a fait la bibliographie de la question jusqu'à 1912 et il les fait entrer dans le cadre des psychoses familiales. Ce terme de « psychose familiale » est mal choisi. Les maladies nerveuses familiales ont un caractère d'hérédité et de similarité au cours de plusieurs générations qu'on ne retrouve pas dans les cas décrits, depuis Trénel, en 1899, sous le nom de psychoses familiales.

Plus récemment, Wingfiel en 1928, a examiné l'intelligence de jumeaux univitellins et non univitellins ; il a trouvé que la ressemblance des univitellins est indépendante de l'âge et du travail scolaire.

Popenœ, en 1930, déclare « qu'il connaît environ 20 cas de jumeaux univitellins où les deux jumeaux étaient atteints de démence précoce ; on ne connaît, dit-il, aucun cas où un seul des jumeaux univitellins était malade ».

Lange, en 1929, étudiant les paires de jumeaux univitellins délinquants, trouve que, dans 10 cas sur 13, les deux jumeaux avaient commis des délits et très souvent les mêmes délits ; au contraire, sur 17 paires de jumeaux non univitellins, on ne trouvait que deux fois des délits de 2 jumeaux. Le même Lange, en 1933, insiste sur la concordance des troubles rencontrés chez les jumeaux univitellins dans les maladies organiques du système nerveux : tumeurs cérébrales, paralysies des muscles des yeux, rigidité des membres et même artério-sclérose et démence sénile. Mais la concordance existe surtout pour la schizophrénie, pour les psychoses circulaires et la débilité mentale.

O.-V. Verschuer, en 1930, étudiant 6 cas de jumeaux univitellins débiles, trouve que dans 5 cas la débilité existe chez les deux, en général les niveaux mentaux des jumeaux univitellins se ressemblent plus que les niveaux mentaux des jumeaux non univitellins.

C'est aussi la conclusion à laquelle est arrivé Eric Stern, dans une série de travaux faits sous sa direction à Giessen.

Luxenburger, en 1928, déclare qu'on trouve souvent les

mêmes psychoses chez les jumeaux univitellins surtout en cas de démence précoce, de manie et de mélancolie.

Sans vouloir discuter le prochain rapport de Boven au Congrès de Psychiatrie nous indiquons seulement qu'il note que « pour les jumeaux univitellins la schizophrénie revêt généralement chez tous deux le même aspect strictement hébéphrénique ou catatonique entre 15, 30 et 35 ans » ; il ajoute : « en revanche dans l'âge mûr et avancé, la schizophrénie peut présenter des aspects paranoïdes chez deux jumeaux univitellins et trahir alors entre eux deux des différences ».

Notons simplement que, dans notre cas, il n'y avait point identité au début dans le délire de nos malades, une seule paraît avoir été délirante dans un délire très étroitement systématisé d'érotomanie dont l'évolution « en éventail » est bien connue ; ultérieurement ce délire n'a plus été qu'une partie du délire interprétatif commun, d'évolution centrifuge à extension circulaire.

Quel a été le rôle de l'hérédité dans la production de cet état délirant ? Il est impossible de le préciser dans ses détails, il paraît considérable, il est vraisemblablement dû à l'hérédité de la lignée paternelle ; une tante a été internée pour un épisode dépressif ; quant au père lui-même, il nous a paru être mal équilibré du fait de ses dispositions paranoïaques.

Les deux malades sont introduites, répondent avec vivacité et enjouement à toutes les questions, et toute leur conduite est parfaitement conforme au tableau donné par les auteurs : conviction inébranlable du délire, insouciance des objections de l'interlocuteur, mépris pour la famille, etc.

M. VILLEY-DESMESERETS. — J'ai eu à soigner à diverses reprises deux jumelles univitellines, pour des délires à teinte mélancolique, mais non-synchrones, et dont les contenus néanmoins étaient à peu près identiques.

M. LEROY. — Le cas ici présenté est d'autant plus intéressant qu'il s'agit de délires, car c'est la psychose maniaque-dépressive qui, six ou sept fois sur dix constitue les folies gémellaires.

M. MARCHAND. — En somme ces jeunes filles présentent un délire à deux et l'une d'elles est en plus une érotomane.

M. COURBON. — C'est-à-dire que l'une d'elles a deux psychoses associées : l'érotomanie et le délire d'interprétation, l'autre n'a qu'une psychose, le délire d'interprétation.

M. CARRETTE. — Gorriti, de Buenos-Ayres, propose, pour les cas analogues le terme de psychoses combinées.

M. VURPAS. — Le cas est très intéressant. Et la longue période de réclusion à deux qu'elles ont vécu, a dû jouer un rôle dans l'éclosion de ce délire.

M. COURBON. — Cette réclusion n'était que l'expression initiale de la psychose et non sa cause.

M. VURPAS. — Elles s'aiment passionnément nous a dit M. Heuyer et nous l'avons bien vu dans leur attitude. Faut-il leur infliger la séparation ou les interner dans le même service, ce qui serait douloureux, mais meilleur pour la thérapeutique ?

M. HEUYER. — La séparation sera cruelle ; mais la thérapeutique l'impose.

Présentation de deux jumelles tics encéphalitiques chez l'une,
par M. G. HEUYER, Mlles VOGT et LAUTMANN et M. STERN

OBSERVATION. — L'enfant L... Renée, âgée de 13 ans 1/2, s'est présentée à la Consultation de la Clinique annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile, pour des tics d'une forme un peu spéciale. Cette fillette de 13 ans 1/2 est grande et vigoureuse, elle a une taille de 1 m. 62 et un poids de 60 kilog. Elle est réglée normalement depuis 9 mois.

Sa marche est tout à fait particulière, elle a une démarche digitigrade permanente, de telle sorte qu'elle doit avoir des chaussures spéciales à talons très hauts. Quand elle marche sans chaussures, elle fait des pointes comme une danseuse et se tient tout à fait sur la pointe des pieds, puis brusquement, elle ploie le tronc en avant, elle touche le sol des deux mains, surtout de la main gauche ; elle répète ce mouvement de prosternation 2 ou 3 fois de suite et régulièrement tous les 4 ou 5 pas ; ce geste se produit toujours au début de la marche ou de la course, et au passage de la position assise à la position debout. De plus, de temps en temps, quand elle est assise, elle baisse la tête à plusieurs reprises et semble embrasser la table. Quand elle marche sans chaussures, on constate une contraction en équin avec l'existence d'un pied creux bilatéral, surtout à gauche.

La parole est monotone, basse, avec du chuintement.

Il existe, de temps en temps, des troubles respiratoires, sous la

forme de secousses expiratoires en salves, 4 ou 5 à la fois, accompagnées d'une toux sèche ; de même, par intervalles, des troubles dysphagiques.

Le père nous déclare que le sommeil est agité, avec des cris, des cauchemars, mais pas de perte d'urine.

Il n'y a pas de troubles graves du caractère. L'enfant est douce,



docile, elle s'occupe du ménage à la maison. Elle cherche à s'instruire, elle lit beaucoup, elle voudrait faire des ouvrages manuels, mais elle est maladroite et se fatigue rapidement. Elle n'a pas de colères, elle semble même exagérément affective : ainsi elle embrasse l'interne avant et après chaque injection intra-veineuse qui lui est faite chaque jour.

Le niveau mental est normal. Il existe un certain retard scolaire car, depuis 2 ans, cette enfant ne fréquente pas l'école. La lecture est courante, un peu monotone, avec une compréhension globale suffisante. L'écriture est tremblée. L'attention n'est pas soutenue, le découragement est facile.

Examen physique. — Nous avons indiqué l'aspect de la station debout sur la pointe des pieds. Il y a une saillie marquée des muscles des mollets avec apparence de contracture. Lorsque la malade est couchée sur le lit, l'équinisme est encore plus net, avec pied creux bilatéral, mais dans la position de repos de flexion des cuisses et des jambes, on obtient une réduction de la contracture. Pourtant, la flexion dorsale du pied est impossible et on constate qu'il y a rétraction tendineuse du tendon d'Achille de chaque côté plutôt que contracture des muscles des mollets.

Il n'y a pas de diminution de la force musculaire. Les réflexes tendineux, achilléens et rotuliens sont vifs. Il n'y a pas de trépidation spinale, mais il existe un signe de Babinski avec extension de l'orteil et éventail très net à droite et un peu moins net à gauche. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité, pas d'atrophie musculaire. Il existe une asymétrie faciale, sans signes de paralysie, dans les mouvements des muscles faciaux. La langue présente une trémulation fibrillaire tout à fait nette.

Il existe une ébauche de syndrome parkinsonien : une perte de l'automatisme de la marche, une augmentation des réflexes de posture, le signe de la roue dentée, ces syndromes prédominant du côté gauche.

L'examen des yeux (D^r Dubar) montre un tremblement palpébral, un strabisme bilatéral plus marqué à droite et alternant. Il y a une paralysie de la convergence avec myosis et paralysie de l'accommodation. Les réflexes photo-moteurs sont normaux. L'acuité visuelle est normale à gauche et de 0,8 à droite. Il n'y a pas de diplopie, pas d'hémianopsie, pas de lésion du fond d'œil.

L'examen viscéral montre un léger souffle systolique mésocardiaque, sans propagation axillaire et probablement extra-cardiaque. Le pouls est régulier.

Il existe une cicatrice d'appendicectomie.

La tension artérielle est normale. Les dents sont en bon état, sans stigmates d'hérédos-spécificité. Il y a un corps thyroïde un peu gros. Les caractères sexuels secondaires sont normaux.

La radiographie du crâne, face et profil, est négative.

La radiographie des pieds, faite le 26 juin 1936, montre une asymétrie des os du tarse avec exagération de la voûte plantaire sans lésion osseuse.

Antécédents. — Le père, âgé de 42 ans, employé de Mairie, a une bonne santé apparente. C'est un ancien colonial, paludéen, qui a contracté une syphilis à 18 ans ; il a été traité et n'a eu aucun accident ultérieur. Il ne présente pas, actuellement, de signes de syphilis nerveuse ; on trouve seulement, à la nuque, des cicatrices d'acné nécrotique.

La mère, âgée de 43 ans, est émotive ; elle a une bonne santé apparente. A noter qu'elle a un pied creux à droite, avec un peu d'atro-

phie musculaire. Le réflexe rotulien du même côté est diminué. On a fait le diagnostic de paralysie infantile. Il n'y a pas eu de fausse couche, pas d'enfant mort. Certains collatéraux présentaient des accidents de tuberculose.

D'après les renseignements obtenus à Baudelocque, il s'agissait, à la naissance de Renée et de sa sœur Jeannine, d'une grossesse gémel-



laire univitelline, avec anastomose des vaisseaux; le placenta pesait 1.150 grammes. Le Wassermann de la mère fut négatif. On ne fit pas de traitement aux nouvelles-nées.

La sœur jumelle, Jeannine, pesait 2.270 grammes à la naissance. Elle a eu des convulsions avec perte de connaissance à l'âge de 6 ans. Elle a été réglée 15 jours avant sa sœur. Elle a présenté, pendant 3 ans, une microphthalmie; après avoir fixé les objets, elle les voyait en raccourci; sa maîtresse de classe était lilliputienne. Elle n'a aucun autre signe neurologique. Elle est intelligente, a eu le certificat d'études et suit le cours complémentaire. Actuellement, les trou-

bles oculaires ont disparu. L'examen oculaire montre seulement un spasme accommodatif intermittent.

Antécédents personnels de Renée. — Elle est née la deuxième et pesait 2.875 grammes. Elle a eu sa première dent à 6 mois, a fait ses premiers pas à 16 mois, a dit les premiers mots à 12 mois, a été propre à 3 ans. Elle a été opérée d'appendicectomie en mars 1927. Elle a eu une cuti-réaction positive en juin 1928. A la radioscopie, on a trouvé quelques ombres hilaires un peu fortes. Elle a eu la rougeole et la coqueluche.

A 4, 6 et 7 ans, elle a eu une crise convulsive avec perte de connaissance, accompagnée d'une poussée fébrile à 40°. Chacune des crises a duré 2 minutes. Depuis l'âge de 7 ans, elle n'a pas eu de convulsions. Elle a été suivie par l'une de nous, Mlle Vogt, depuis l'âge de 6 ans : elle était alors instable, avec une agitation marquée. De plus, elle présentait une marche un peu spasmodique avec signe de Babinski bilatéral. A cause des antécédents spécifiques de son père, elle a subi un traitement régulier au Dispensaire Winburn : sulfarsénol, bitavol.

De décembre 1933 à avril 1934, sans qu'elle se soit alitée et sans qu'on ait consulté le médecin, elle a eu une phase de somnolence, que la mère nous a décrite et précisée. C'est à la même période que certains tics se sont manifestés, notamment un tic de brossage ; la malade passait à plusieurs reprises, et rapidement, de haut en bas, la main devant sa poitrine ; puis ont commencé les tics de prosternation. Dès avril 1934, Mlle Vogt a noté une aggravation des symptômes, l'apparition de la démarche digitigrade, une hémiparésie du membre inférieur gauche et du strabisme divergent, surtout à droite.

L'examen de sang a montré des réactions de Wassermann et de Hecht négatives. La ponction lombaire a donné les résultats suivants :

Albumine	0,22
Sucre	0,45
Leucocytes	0,6
Wassermann	négatif
Benjoin	négatif

Cette ponction lombaire est sensiblement comparable à une autre qui avait été faite à Baudelocque en juin 1928 et qui a pu être retrouvée ; on obtenait alors :

Albumine	0,18
Sucre	0,48
Leucocytes	1,6
Wassermann	négatif

Actuellement, nous avons soumis la malade à un traitement intensif par les injections intra-veineuses d'atropine.

COMMENTAIRES. — Cette jeune malade présente :

1° Des tics de prosternation un peu spéciaux et tels qu'il y a quelques années on n'aurait pas manqué de porter le diagnostic d'hystérie ou de pithiatisme. Ces tics de prosternation ont été précédés de tics de brossage et même de signes de croix qui ont disparu au bout de six mois après un traitement par suggestion.

2° Un état organique caractérisé par des troubles oculaires, un tremblement fibrillaire de la langue, une hypertonie des membres inférieurs, des antécédents de somnolence qui obligent à porter un diagnostic d'encéphalite. Toutefois, les symptômes neurologiques sont un peu complexes puisqu'à certains signes de contracture qui paraîtraient extra-pyramidaux s'ajoute l'existence d'un signe de Babinski très net à droite et probablement bilatéral ; la malade a d'ailleurs présenté une hémiparésie gauche il y a trois ans. De plus, la contracture aux membres inférieurs est beaucoup moins nette qu'une rétraction bilatérale du tendon d'Achille qui détermine la marche digitigrade.

3° Des antécédents chargés puisque le père est certainement un spécifique. Il est vraisemblable que les crises convulsives de caractère épileptique, survenues à quatre, six et sept ans, étaient en rapport avec cette hérédité spécifique.

Sur ce terrain lourdement taré, semble être apparue une encéphalite qui a laissé des séquelles neurologiques et des séquelles psychiques. Les tics que nous constatons ont l'aspect d'impulsions telles qu'on en voit chez les encéphalitiques ; toutefois, le caractère obsédant est ici réduit au minimum ; la malade déclare qu'elle peut être maîtresse de ses mouvements et les supprimer ; les tics de brossage et de signes de croix ont disparu par suggestion, de telle sorte que se pose une fois de plus, le problème de l'association de symptômes pithiatiques avec les signes organiques d'une encéphalite.

4° Enfin, il nous a paru intéressant de présenter, à côté de la malade, sa sœur jumelle. La géméllité est univitelline, ainsi que nous avons pu le vérifier par les renseignements recueillis à Baudelocque. Les deux sœurs, en fonction de leur hérédité spécifique, ont eu des crises convulsives aux alentours de 6 ans : l'une, Jeanine, a eu une seule crise à 6 ans, l'autre, Renée, notre malade, a eu 3 crises à 4, 6 et 7 ans. Là se borne l'identité pathologique. Ultérieurement Renée a fait une encéphalite et a gardé des séquelles neuro-psychiques. Sa sœur jumelle semble n'avoir pas été atteinte par la maladie ; nous sommes pourtant obligés de faire une petite réserve à cause des troubles microphtha-

lamiques qu'elle présente et qui sont d'ailleurs strictement subjectifs.

Ainsi, après avoir présenté des jumelles univitellines présentant une psychose de formule individuelle mais de généralisation commune, nous présentons des jumelles univitellines chez lesquelles l'identité du terrain hérédo-spécifique s'est révélé par des convulsions de l'enfance, alors que chez l'une d'elles seulement apparaissait un syndrome neuro-psychique post-encéphalitique. La gémellité même univitelline n'est donc pas suffisante pour entraîner toujours l'identité pathologique.

M. SCHIFF. — Les malades de M. Heuyer offrent des signes d'encéphalite épidémique sur fond d'hérédité spécifique. Cette double origine ne peut pas toujours être prouvée, on peut se demander si certaines séquelles attribuées depuis 1920 à l'encéphalite épidémique ne seraient pas produites, dans certains cas, par une infection plus anciennement connue, l'hérédo-syphilis. Chez un couple de jeunes déséquilibrés que j'ai présentés en 1930, avec Mme Schiff-Wertheimer et J. Lacan, à la Société de Psychiatrie. (« Troubles mentaux homochromes chez deux frères hérédo-syphilitiques ») l'hérédo-spécificité était certaine, la pathogénie encéphalitique impossible à démontrer. En présence d'une insuffisance isolée de la convergence oculaire, nous avons conclu que la syphilis peut provoquer des symptômes dits encéphalitiques en lésant le cerveau à des endroits touchés plus habituellement par le virus de l'encéphalite.

M. G. PETIT. — Parmi les troubles organiques neurologiques que l'on constate chez les sujets qui eurent ou non des convulsions pendant leur enfance, beaucoup sont imputables à une encéphalite épidémique. Ainsi un malade entré dans mon service pour paralysie générale, et chez lequel sont apparus les signes de parkinsonisme, fut traité il y a plus de 10 ans pour encéphalite par Pierre Marie. Il y a longtemps que M. Marchand a insisté sur de telles associations. L'association de manifestations pithiatiques aux troubles encéphalitiques est possible ; mais l'avenir montre que souvent ce prétendu pithiatisme n'était que l'avant-coureur des manifestations organiques. Par exemple lorsqu'il était mobilisé au Val-de-Grâce, notre prédécesseur, M. Marcel Briand, en étudiant le liquide céphalo-rachidien des soi-disant pithiatiques y trouva souvent de la glycorachie.

M. COURBON. — Le diagnostic d'encéphalite léthargique porté par les auteurs sur la malade est incontestable. Pour ce qui est

de ses mouvements anormaux qualifiés tics, je crois qu'il faut distinguer : d'une part la *flexion brute du corps* et des membres qui est constante ; d'autre par le *geste significatif* par lequel se termine quelquefois la flexion et qui a varié par périodes : il y a eu l'ère des signes de croix, il y eu l'ère du brossage de la poitrine, nous sommes à l'ère de la percussion du sol avec la main. La nature organique de la flexion brute est indiscutable ; la flexion est due au déséquilibre purement mécanique produit par la perte du tonus. En est-il de même des gestes significatifs ? Je ne le crois pas. La suggestion a fait disparaître les signes de croix et les brossages. Il ne serait pas étonnant que les percussions du sol disparussent ou fussent remplacées par d'autres gesticulations.

Chaque fois qu'un geste symbolique agrmente un mouvement spasmodique, il faut suspecter l'intervention plus ou moins inconsciente du psychisme : désir de conjurer le spasme par la prière, de le masquer sous la mimique du brossage, de s'en amuser par une acrobatie.

En d'autres termes, le sujet atteint d'encéphalite peut utiliser ou non dans le sens de ses préoccupations momentanées le mouvement que lui impose l'instabilité de son tonus. Quand il ne l'utilise pas, l'étiologie du tic, réduit à une flexion brute, est toute physique ; quand il l'utilise, l'étiologie du tic, perfectionné en geste, est à la fois physique et psychique.

Gliome volumineux du lobe frontal droit : confusion mentale avec torpeur intellectuelle, vertiges épileptiques, gâtisme urinaire. Ablation de la tumeur : guérison, par MM. G. PETIT, P. PUECH, BALVET et BAUDARD.

L'époque n'est pas encore lointaine où les tumeurs cérébrales apparaissaient d'un diagnostic tellement difficile que, la plupart du temps, elles constituaient, particulièrement dans les services des asiles, de simples trouvailles d'autopsie. Depuis quelques années, leur séméiologie et leur thérapeutique ont accompli d'immenses progrès, réalisés, pour une large part, par l'école neuro-chirurgicale française, au premier rang de laquelle se distingue particulièrement M. Clovis Vincent. C'est grâce à la bienveillance de ce Maître, qui a bien voulu hospitaliser notre malade dans son service et le faire bénéficier des remarquables talents chirurgicaux de son assistant, M. Pierre Puech, que nous avons

la bonne fortune de pouvoir vous présenter aujourd'hui, à la veille de son départ en liberté et de son retour à une vie normale, un convalescent qui, il y a quelques mois à peine, se trouvait, du fait d'une volumineuse tumeur cérébrale, dans un état de déchéance psycho-organique progressive d'un pronostic véritablement alarmant.

OBSERVATION. — M. U... Auguste, 56 ans, gardien de la paix en retraite, entre à la Maison de Santé de Neuilly-sur-Marne, le 30 janvier 1935, par transfert de la Maison nationale de Saint-Maurice, où il était interné depuis un mois.

Rien à signaler dans les *antécédents* du malade avant les mois de mars-avril 1934. A cette époque, M. U... commence à présenter, d'abord à d'assez longs intervalles, chaque mois, des « *vertiges* » que l'entourage décrit de la façon suivante : sans prodromes, le malade sent ses jambes se dérober, s'affaisse sur le sol, mais se relève aussitôt, légèrement obnubilé, mais sans présenter ni convulsions, ni vomissements, ni paralysie, ni aphasie consécutives. Pas de morsure de la langue ; mais miction impérieuse, puis peu à peu involontaire à la fin de la crise. A la même époque, le malade commence également à se plaindre de *céphalalgies* bi-temporales, intermittentes, exacerbées surtout le matin au réveil et après les vertiges.

Ce tableau morbide est attribué d'abord à une syphilis contractée pendant la guerre et qui a été irrégulièrement traitée. Mais l'état du malade s'aggrave peu à peu. On commence à noter des troubles de la mémoire, portant principalement sur les faits récents, des troubles du caractère, avec humeur sombre, acariâtre, irascible.

En novembre 1934, les vertiges avec dérobement des jambes deviennent de plus en plus fréquents ; le malade se montre très obnubilé. A la suite d'un « vertige » plus accentué que d'ordinaire (perte de connaissance franche avec chute brutale), le malade est transporté à l'Hôpital Saint-Antoine, où l'on note de la bradypsychie avec torpeur et confusion intermittentes, cris, chants, actes absurdes, colères. L'examen neurologique se montre alors négatif ; le liquide céphalo-rachidien et le fond d'œil apparaissent normaux, ainsi que la radiographie du crâne. Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

En raison de ses troubles mentaux, le malade est transféré à l'Hôpital Henri-Rousselle où l'on observe, en décembre 1934, de la désorientation, des troubles de la mémoire d'évocation, une indifférence relative à son état. Les pupilles sont en miosis. La tension du liquide céphalo-rachidien est de 80-60. Tous les examens humoraux se montrent négatifs.

Le malade est ensuite dirigé sur la Maison Nationale de Saint-Maurice avec le certificat suivant : « Syndrome d'hypertension intracranienne (tension 80-60), avec obtusion intellectuelle, bradypsychie,

orientation incomplète. Gâtisme. Se croit chez son père, propriétaire de l'établissement. »

A Saint-Maurice, on note (10 janvier 1935) de la confusion mentale avec torpeur, bradypsychie, obtusion intellectuelle, désorientation, troubles de l'équilibre. On spécifie qu'il n'existe pas alors de stase papillaire.

Quelques jours après, nous pouvons observer, à la Maison Spéciale de Santé, M. U..., qui présente alors un syndrome de confusion mentale avec amnésie lacunaire, désorientation dans le temps, bradypsychie et bradycinésie. Nous notons des idées vagues de persécution rétrospectives, des vertiges de type comitial avec myoclonies de la face et chute à terre, des troubles de la marche (steppe à gauche, fauche à droite), des pupilles légèrement paresseuses à la lumière. L'écriture est tremblée ; il n'existe pas de troubles du langage.

On pratique, le 5 février 1935, une ponction lombaire qui montre une tension de 58 (assis). Le liquide céphalo-rachidien est, par ailleurs, normal.

Depuis son entrée à la Maison de Santé, jusqu'en mars 1936, le malade présente des vertiges nombreux dont la fréquence va en augmentant progressivement, surtout dans les derniers mois. Le malade tombe à terre et perd connaissance ; la chute n'a jamais la brutalité de la crise épileptique dite essentielle ; le malade s'affaisse plus qu'il ne tombe ; parfois, il se retient contre un meuble et, le vertige ne durant que quelques secondes, il reste debout. On n'a jamais constaté de crises convulsives. A la fin de la plupart des vertiges, le malade urine dans son pantalon. En mars 1936, les crises devenant de plus en plus fréquentes (3 à 5 crises par jour), l'incontinence d'urine est, pour ainsi dire, constante. Mais en même temps que ces vertiges se font plus fréquents, un état confusionnel, qui semble d'abord n'avoir été que post-paroxystique, s'accroît et se prolonge entre les accidents vertigineux. Sauf quelques rares éclaircies, le malade finit par présenter un état confusionnel presque continu avec désorientation, bradypsychie, bradycinésie. Cette confusion mentale prend parfois l'aspect de la torpeur. On note également des états de somnolence véritables, des crises de babillement. Nous n'avons jamais observé de crises de rire ou de pleurer spasmodiques. Ajoutons que nous n'avons jamais noté, non plus, chez notre malade, de troubles de l'orientation spatiale du type P. Marie et Behague.

Le malade se trouve dans cet état de torpeur presque continu avec indifférence et inactivité complètes, hébétude, masque facial inerte, etc., lorsque, vers le milieu de mars 1936, au cours d'un examen fortuit, nous notons un Babinski typique du côté droit. L'examen neurologique général, pratiqué de nouveau à ce moment, nous donne les résultats suivants : diminution marquée de la force segmentaire à droite, surtout nette aux membres supérieurs. Marche

difficile, à petits pas, en fauchant à droite, avec abolition complète des mouvements automatiques des membres supérieurs. Les réflexes rotuliens et achilléens semblent à peu près égaux. Le signe de Babinski est typique à droite ; à gauche, on peut l'obtenir également, mais seulement par intermittences et après plusieurs excitations. Les réflexes cutanés abdominaux supérieurs sont grossièrement inégaux : vif à gauche, faible à droite ; les cutanés abdominaux inférieurs sont abolis. Le réflexe crémastérien droit existe ; le gauche est aboli. On ne note pas de dysmétrie nette. Les pupilles sont inégales : $G > D$. Parésie faciale droite de type central. Les autres nerfs crâniens sont normaux. Il n'existe pas de troubles du tonus. La mimique est à peu près inexpressive.

Ponction lombaire (23 mars 1936) : tension : 80 (assis), 37 (couché). Albumine : 0,20. Cytologie : 10. Pandy : 0. Weichbrodt : 0. Benjoin : 00000.00000.00000. Parégorique : 00.0. Meinicke : négatif. Bordet-Wassermann : négatif.

Examen ophtalmoscopique (D^r Bégué), 31 mars 1936 : à droite, papille légèrement décolorée et surélevée ; à gauche, papille floue, œdémateuse, avec hémorragies. Pas d'hémianopsie. La motilité, les réflexes sont normaux.

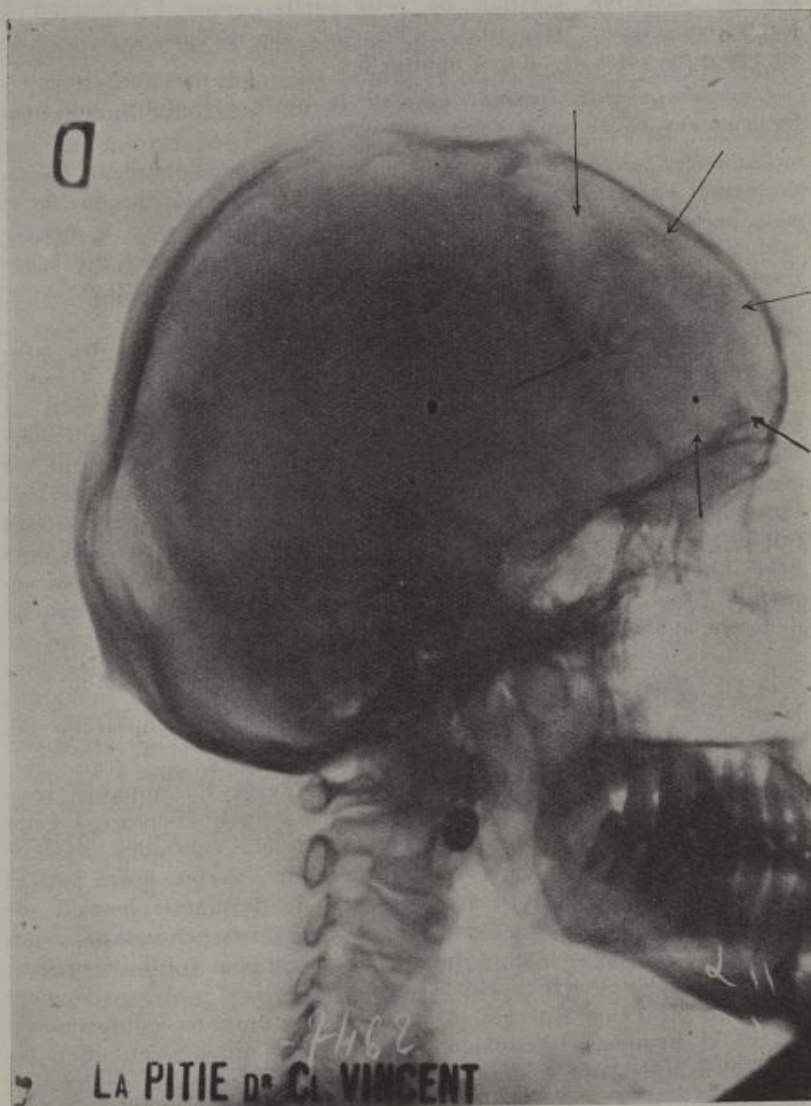
Ces divers examens nous inclinent définitivement vers le diagnostic de tumeur cérébrale (des lobes frontaux ou du corps calleux ?) et M. U... est admis, en vue d'une intervention chirurgicale, à l'Hôpital de la Pitié, dans le service de M. le D^r Clovis Vincent, que nous remercions bien vivement de son accueil si obligeant.

A ce moment, l'état mental et organique de notre malade apparaît tout à fait inquiétant. Outre une torpeur intellectuelle presque constante, avec indifférence absolue (même à l'égard des aliments qu'il faut lui faire ingérer), amnésie quasi-continue avec fausses identifications (il reconnaît, dans ses voisins de lit, des gens de son village), le malade présente chaque jour des vertiges de plus en plus fréquents, qui le rendent peu à peu grabataire, avec une incontinence d'urine constante. Il se déplace seulement quand il est sollicité, lentement, à petits pas, en trainant les pieds, et se rassied ou se recouche aussitôt d'un air accablé, muet, stupide, le faciès indifférent ou hébété.

A la Pitié, l'examen neurologique se montre à peu près superposable à celui que nous avons déjà pratiqué ; mais le réflexe plantaire est d'abord en extension très nette à gauche, tandis que le lendemain, il est indifférent des deux côtés. Le gros orteil gauche se met spontanément en extension quand le malade est debout. La pression de la région temporale droite est douloureuse. L'examen ophtalmologique donne les résultats suivants : Stase papillaire à gauche ; VOD = 0,5, VOG = 0,75.

Le diagnostic de tumeur frontale est posé, et la localisation est précisée par la radiographie stéréoscopique du crâne qui, montrant

la présence de *calcifications* (voir cliché ci-contre) dans le lobe frontal droit, rend une ventriculographie superflue.



Intervention opératoire, le 18 mai 1936 (D^r Puech). — Volet frontal droit. Dure-mère très tendue. Après incision de celle-ci, la tumeur, d'apparence gliomateuse, affleure la corticalité au niveau

du pôle frontal droit. Amputation large du lobe frontal au-delà de la tumeur. Cette amputation pratiquée, on remarque que la tumeur poussait un prolongement en forme de languette, au niveau de la gouttière olfactive. Ablation de cette partie, grâce à l'appareil à électro-coagulation. Hémostase. Fermeture de la dure-mère, remise en place du volet et sutures habituelles.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire, qui pèse 80 grammes, révèle qu'il s'agit d'un astrocytome.

Les suites opératoires ne furent marquées d'aucun incident. Immédiatement après l'intervention, M. U... se montre déjà plus lucide et plus présent. Dans les jours qui suivent, il recommence à manger seul, à parler spontanément ; il ne présente plus de vertiges et l'incontinence d'urine, auparavant constante, redevient intermittente pour disparaître bientôt complètement.

Certes, il persiste encore des séquelles neurologiques des accidents antérieurs. A l'examen ophtalmoscopique (D^r Bégué, 7 juillet 1936), la vision est améliorée (VOD = 0,96, VOG = 1), mais la papille gauche présente des bords flous ; les vaisseaux sont normaux et il n'existe ni stase, ni hémorragies. A droite, la papille est légèrement décolorée dans le segment temporal et ses bords sont légèrement flous. Par ailleurs, les réflexes ostéo-tendineux sont faibles ; le réflexe plantaire se fait en extension franche, du côté droit. Les réflexes cutanés abdominaux supérieurs sont encore asymétriques, les inférieurs abolis ; le réflexe crémastérien gauche demeure aboli. On note également qu'au cours de la marche, le membre supérieur droit, dont les mouvements automatiques sont d'abord d'amplitude normale, devient progressivement immobile. Mais, dans l'ensemble, l'habitus apparaît maintenant quasi-normal, les mouvements sont faciles, la démarche est aisée.

Au point de vue psychique, l'état actuel de M. U... apparaît vraiment tout à fait remarquable, surtout quand on le compare à l'état de confusion avec torpeur et hébétude presque continues, observé chez le malade avant l'intervention opératoire. Certes, notre patient conserve encore un degré assez marqué de dysmnésie portant sur cette période confusionnelle, avec tendance à la minimisation des troubles graves dont il ne paraît pas conserver un souvenir précis ; mais ces troubles actuels de la mémoire ne sont pas sensiblement différents de ceux observés à la suite des épisodes confusionnels graves et prolongés d'étiologies variées. Par ailleurs, en effet, les souvenirs antérieurs sont bien conservés, la mémoire de fixation est bonne ; M. U... se montre actuellement lucide, conscient, bien orienté, d'humeur égale ; son affectivité est normale et ses réactions intellectuelles se manifestent suffisamment rapides et bien adaptées pour qu'on puisse soupçonner difficilement, aujourd'hui, la gravité de l'état mental antérieur.

Il nous a paru intéressant de présenter cette observation de tumeur cérébrale, dont les premiers signes cliniques sont apparus dès le début de 1934, mais dont le diagnostic, envisagé par plusieurs de nos collègues et par nous-mêmes, depuis bientôt dix-huit mois, s'est montré cependant longtemps réservé : faute de ventriculographie, sans doute, et en raison des radiographies qui se sont montrées normales, tant que les calcifications récentes de la tumeur ne s'étaient pas constituées ; diagnostic réservé également, malgré les autres signes d'hypertension, en raison de l'absence prolongée de stase papillaire que plusieurs examens ophtalmologiques n'avaient pas révélé avant fin mars 1936. Cette notion de la *tardivité de la stase papillaire* (particulièrement notée, cependant, au cours des tumeurs frontales même volumineuses), n'était pas, en effet, jusqu'à ces derniers temps, encore classique pour la plupart de nous.

D'autre part, les résultats, vraiment satisfaisants, d'une intervention opératoire portant, cependant, sur une tumeur volumineuse et chez un sujet déjà considérablement diminué à tous points de vue, apparaissent particulièrement encourageants pour les cas à venir.

Enfin, il est remarquable de constater, — ainsi que l'a déjà noté d'ailleurs M. Clovis Vincent, — combien l'ablation d'une partie considérable de substance cérébrale d'un lobe frontal retentit peu fâcheusement sur les fonctions psychiques et ne met pas obstacle à la récupération d'un état mental qui, chez notre opéré, s'avère actuellement à peu près normal. De tels résultats opératoires pourraient nous inciter à envisager, peut-être, avec une certaine relativité, les diverses fonctions mentales particulières que les psycho-physiologistes assignent électivement au lobe frontal.

Révélation ou réactivation par l'électropyrexie (ondes courtes) des troubles organiques et psycho-organiques chez les psychopathes, par M. Georges PETIT.

Depuis plusieurs années, nous poursuivons l'étude et l'expérimentation de l'électropyrexie par ondes courtes chez des psychopathes présentant les formes cliniques les plus variées de la pathologie mentale. Nous comptons publier, ultérieurement, nos observations et les conséquences qui nous paraissent pouvoir en ressortir au point de vue thérapeutique. Aujourd'hui,

nous désirons simplement, dans cette brève note, attirer l'attention sur une catégorie de phénomènes qui ne semblent pas encore avoir été signalés, à notre connaissance tout au moins, chez les psychopathes soumis à l'action des ondes courtes.

Nos constatations portent maintenant sur plus de 50 psychopathes des deux sexes, classés sous les rubriques nosographiques les plus courantes : schizophrénies ou démences précoces de type hétérophrénique, catatonique ou paranoïde ; psychoses hallucinatoires chroniques ou paraphrénies ; délires chroniques ; psychoses de type maniaque-dépressif ou périodiques ; mélancolies d'involution ; confusions mentales ; obsessions et phobies ; paralysie générale. Ces malades ont été soumis à l'action généralisée d'un appareil à ondes courtes (17 mètres), fabriqué par M. R. Leroy, au cours de séances d'une durée moyenne de 30 minutes à 1 h. 30, répétées, pendant plusieurs semaines consécutives, à intervalles de trois à quatre jours. Chez tous ces malades, nous avons provoqué, dans un but thérapeutique, une fièvre artificielle ; la température rectale s'élevait à 38°, après 20 à 30 minutes de chauffage, et pouvait ensuite être portée assez rapidement (en 30 à 45 minutes consécutives) à 39°5, 40° et même, dans un cas (1), à 41°. Or, à partir du moment où la température dépassait 38° environ et où, parallèlement, pouvait s'observer une fréquence de plus en plus accélérée du pouls et de la respiration, nous notions également l'apparition chez nos malades de troubles organiques ou psycho-organiques divers, mais affectant en général, chez un même malade, des modalités assez particulières. Voici d'ailleurs, très brièvement, résumées, quelques-unes de ces observations (2).

OBSERVATION I. — Mlle P..., 24 ans. (Psychose hallucinatoire avec délire polymorphe, évoluant depuis six ans, sans affaiblissement intellectuel ni dissociation affective). Première séance, le 11 mars 1936. Après 20 minutes de chauffage : 38°6, pouls à 100 ; myoclonies de l'abdomen et du diaphragme ; sensibilité osseuse généralisée ; somnolence après la séance. Au cours des séances ultérieures, on note, à plusieurs reprises, des myoclonies du cou et de la face, un tremblement céphalique latéral, un tremblement des membres supérieurs

(1) A la demande même du malade, un obsédé phobique, qui, sous l'influence de la fièvre artificielle, nous disait sentir son anxiété chronique, génératrice d'obsessions et de phobies, « fondre comme neige au soleil ».

(2) Nous manquerions à toute équité en ne signalant pas la collaboration indispensable que nous a apportée, dans nos recherches, Mme Périn, chargée du service d'électropyréxie : son attention toujours vigilante, son intelligente compréhension et son rare esprit d'observation nous ont été d'un précieux concours pour ces observations.

plus accentué à droite et au niveau de la main, un tremblement du maxillaire inférieur, du nystagmus et enfin, à deux reprises, des *crises oculogyres* typiques (une première fois, yeux au plafond ; une seconde fois, spasmes conscients de la convergence).

OBSERVATION II. — Mlle E..., 44 ans. (Délire systématisé extensif d'influence psychique avec interprétations symboliques, évoluant, avec une conservation remarquable du fond intellectuel, depuis plus de dix ans). Alors que les examens cliniques n'avaient décelé, au point de vue organique, qu'une hyperréflexivité tendineuse généralisée, avec la notion de quelques vertiges survenus, avec un peu d'anxiété, il y a quelques dix ans, l'action des ondes courtes permit de révéler — outre la réapparition des vertiges — un tremblement vibratoire généralisé, un tremblement des membres supérieurs, un tremblement céphalique latéral, un œdème des membres inférieurs de type angio-neurotique, du nystagmus, et enfin, à neuf reprises, des *crises oculogyres* typiques.

OBSERVATION III. — Mlle M..., 21 ans. (Psychose polymorphe à réaction évoluant depuis 1929. Rémission de 1930 à 1935, avec apparition, en 1930, après la disparition des troubles mentaux, de signes organiques de la série névritique ayant persisté pendant plusieurs mois. Actuellement, syndrome hétérophrénique avec excitation habituelle et hallucinations fréquentes, mais conscientes). Dès les premières séances d'électropyrexie, nous notons, outre des *crises oculogyres* typiques, qui se prolongent parfois durant un quart d'heure, du nystagmus, des spasmes du frontal, du tremblement céphalique latéral, des myoclonies, de l'instabilité motrice pseudo-choréique, des troubles respiratoires, sous forme d'apparition du rythme de Cheynes-Stockes. Signalons également des crises de somnolence, alternant avec de la logorrhée accompagnée de troubles de l'intonation.

OBSERVATION IV. — M. P..., 46 ans. (Syndrome d'anxiété chronique avec obsessions et impulsions absurdes, surtout accentuées depuis six ans). Alors que l'examen clinique ne décelait pas de troubles organiques, l'électropyrexie permet de révéler, outre des crises de somnolence, un tremblement, tantôt généralisé, tantôt localisé à la tête, aux membres supérieurs (en particulier au membre supérieur droit et à la main droite), des myoclonies du cou, des fibrillations de l'hémi-face gauche, et, vers 41°, un spasme du risorius droit provoquant un rictus de la bouche. A la fin de chaque séance, on observe, outre un ralentissement fréquent du pouls, une augmentation légère de la tension artérielle. Notons enfin, trois semaines après le début du traitement, l'apparition de plusieurs *vésicules zostériennes*, avec sensation de brûlures, au niveau du 8^e espace intercostal droit.

Au cours de cette communication, il ne nous est pas possible d'exposer les détails des cinquante autres observations déjà recueillies. Nous énumérerons seulement aujourd'hui les divers troubles organiques qu'il nous a été possible de noter.

Troubles sensitifs. — Prurit généralisé ou localisé (pied, langue, verge) ; sensations de picotements, d'engourdissement (surtout aux membres inférieurs) ; sensations de reptation musculaire, d'électrisation (des membres, de l'abdomen, du diaphragme), de ventouse (dans l'estomac), de chaleur localisée (au diaphragme) ; sensations osseuses anormales, généralisées ou localisées ; douleurs rhumatoïdes diverses ; sensation de barre intra-abdominale ; réactivation de céphalalgies (frontales, occipitales, généralisées), d'algies post-traumatiques, de douleurs hépatiques, de lombalgies, de sensation de brûlures localisées, etc...).

Troubles moteurs. — Tremblements généralisés ou localisés à un membre, à une main, à la tête (antéro-postérieur ou latéral), au maxillaire inférieur ; myoclonies des membres, de la face, du cou ; grandes secousses musculaires généralisées ; brusques tressaillements ; mouvements ondulants, de reptation, athétosiques ; hoquet ; fibrillations musculaires des membres, de l'hémi-face ; mouvements du cuir chevelu ; contractures des orteils ; spasmes faciaux avec rictus, etc...

Troubles psycho-moteurs. — Révélation ou réactivation de crises de glossolalie, de tics de humage ou de claquement lingual, de mussitation, de stéréotypies verbales, de chant, d'excitation verbale avec troubles de l'intonation, etc... En revanche, disparition fréquente ou atténuation de la catatonie.

Troubles respiratoires. — Modifications du rythme respiratoire, Cheynes-Stockes, apnée.

Troubles circulatoires et vaso-moteurs. — Modification du pouls, de la tension artérielle ; troubles vaso-moteurs ou œdèmes de type angio-neurotique, localisés à un pied, à une main.

Troubles oculaires. — Blépharospasmes ; crises de nictitation ; crises de strabisme, nystagmus, enfin *crises oculogyres* simples ou variables, toniques ou cloniques, affectant les types les plus variés, et dont nous avons déjà signalé la fréquence et l'intérêt en pathologie mentale (1).

(1) G. PETIT. — Les crises oculogyres en pathologie mentale. *Ann. Méd.-Psych.*, n° 3, mars 1936.

Il est évident que ces divers troubles organiques, — qui se manifestent transitoirement pendant les séances et peuvent, quelquefois, persister quelque temps après celles-ci, — n'ont pas été créés de toutes pièces par l'électropyrexie et qu'ils étaient déjà *latents* chez nos psychopathes. Certains de nos malades d'ailleurs, suffisamment lucides et conscients, ont remarqué eux-mêmes la *réactivation* par les ondes courtes de symptômes déjà antérieurement observés ; c'est ainsi qu'une de nos malades, présentant depuis plus de quinze ans une de ces formes atypiques, si nombreuses, de névrauxite dite épidémique, à manifestations organiques frustes et intermittentes, a signalé, elle-même, la réactivation par les ondes d'un tremblement mono-brachial constaté déjà en 1925 et en 1928. Chez d'autres malades, inconscients ou réticents, une enquête *a posteriori* auprès de l'entourage a permis, également, de retrouver dans leur histoire morbide les manifestations antérieures de ces phénomènes pathologiques, depuis longtemps éclipsées, ou considérées comme insignifiantes et que les examens médicaux, même les plus consciencieux, n'avaient pu mettre en évidence : telles les crises oculogyres, cependant tout à fait typiques, de la malade de l'observation II. Dans ces derniers cas, — comme dans les observations où l'enquête la plus minutieuse est demeurée, à ce point de vue, infructueuse, — on peut bien dire que les ondes courtes ont véritablement rendu manifestes des phénomènes morbides inapparents, et qu'elles sont capables de *révéler*, — entre les mains d'un observateur averti, — des symptômes organiques que les méthodes habituelles d'observation n'auraient pas permis de déterminer.

Le mécanisme pathogénique de ces révélations ou réactivations organiques nous apparaît assez complexe. On sait déjà qu'outre la production d'une *pyrexie*, d'une fièvre artificielle, — avec les multiples actions, réactions et inter-réactions que le phénomène fièvre comporte déjà — les ondes courtes amènent des modifications du sang, des sécrétions internes (et par conséquent du système vago-sympathique), du métabolisme basal, du pH sanguin et urinaire, etc... ; de l'avis général, elles provoquent une vaso-dilatation profonde. Nous avons déjà signalé (*loc. cit.*) la provocation par ces ondes d'un état de détente musculaire (avec disparition fréquente de l'hypertonie), l'apparition concomitante ou consécutive d'un état de semi-somnolence, et nous avons insisté déjà sur l'importance de l'*hyperpnée* qui accompagne l'établissement de la fièvre artificielle chez tous nos malades.

Or, depuis les études déjà anciennes de Vernon (1909), Henderson (1909), sur la tétanie déclanchée par l'hyperventilation pulmonaire, des recherches plus récentes (1) sur l'hyperpnée expérimentale ont montré — en dehors ou à l'occasion de ses effets sur l'épilepsie — son action sur le pH (alcalose gazeuse créée par l'épreuve), ainsi que les modifications qu'elle provoque sur la chronaxie (augmentée, d'après Bourguignon et ses collaborateurs), sur la formule sanguine, la pression sanguine, la chlorurémie, l'index réfractométrique du sérum, la glycémie, la calcémie, la cholestérinémie, l'urée sanguine, etc... Dès 1924, Joshua Rosett avait montré que l'hyperventilation pouvait exagérer les contractures pyramidales et extra-pyramidales; et chez les épileptiques, de nombreux auteurs ont pu réaliser, par l'hyperpnée expérimentale, les aspects les plus divers des accidents comitiaux, ainsi réactivés ou même, pour la première fois, révélés.

D'une manière plus générale, d'ailleurs, Larruelle et Heernu (*Presse médicale*, juin 1931, *Revue neurologique*, juin 1932) ont souligné l'intérêt de l'hyperpnée comme « procédé de sensibilisation des lésions nerveuses » et rapporté de nombreux exemples de symptômes latents transitoirement révélés par cette hyperventilation.

Il nous paraît donc que ce mécanisme, d'ailleurs complexe, de l'hyperpnée provoquée par l'électropyrexie (2) peut jouer, — en association vraisemblable avec d'autres facteurs biologiques déclanchés par l'action des ondes courtes, — un rôle prédominant dans la révélation ou la réactivation, chez nos psychopathes, des troubles organiques que nous avons indiqués.

Ce n'est pas le lieu d'insister à nouveau ici sur l'intérêt primordial et doctrinal que nous attachons à la manifestation de ces troubles organiques chez nos psychopathes. Disons seulement que, seuls ou associés à d'autres symptômes extra-pyramidaux, infundibulo-tubériens, hypothalamiques, pédonculaires, etc., ils constituent, à notre avis, la signature de ces infections par ultra-virus neurotropes, dont les manifestations orga-

(1) Voir en particulier les travaux de Collip et Backus, Grant et Goldmann (1920), Joshua Rosett (1924), O. Forster, de Breslau (1925), Guillaïn, Alajouanine et Thévenard (1925), H. Claude et Montassut (1926), la thèse de Pierre Rousseau (Paris, 1927) et les travaux plus récents de Nyssen (1929), Monrad-Krohn, Sterling, Larruelle, Heernu, Beaudoin et Schoeffer (1932), etc...

(2) Nous avons noté, chez certains de nos psychopathes soumis à l'électropyrexie (comme Heernu l'avait observé chez la plupart des sujets dans l'épreuve de l'hyperpnée expérimentale), des troubles du rythme respiratoire succédant à l'hyperpnée, avec phases d'apnée (par concentration du CO₂ sanguin descendu au-dessous du seuil d'excitation du centre respiratoire).

niques se révèlent, chez nos psychopathes, par une symptomatologie polymorphe, dissociée, fruste, intermittente, le plus souvent latente et inapparente à un examen superficiel. Il nous paraît donc particulièrement intéressant d'avoir montré que l'électropyrexie par ondes courtes, en dehors de son intérêt thérapeutique, constitue un nouveau procédé de sensibilisation des altérations nerveuses de nos psychopathes, capable de réactiver leurs troubles neurologiques latents ou même de révéler leurs modalités les plus curieuses et les plus suggestives ; telles, par exemple, les crises oculogyres.

M. VURPAS. — De ce cas et d'autres qui lui sont bien antérieurs il faut conclure à l'innocuité de l'extirpation presque totale d'un lobe frontal, ce qui contredit singulièrement la doctrine physiologique naguère admise. En 1892, chez mon maître Jaboulay, professeur de clinique chirurgicale à Lyon, j'ai assisté à l'un des premiers démentis infligés à cette théorie par un blessé du crâne qui perdit toute une partie du lobe frontal et se rétablit parfaitement sans avoir présenté le moindre trouble mental.

Efflorescence mentale en rapport avec les événements d'actualité, par MM. H. CLAUDE, P. SIVADON et J. FORTINEAU

On admet généralement que les événements extérieurs, et en particulier ceux qui constituent l'actualité journalière, ne sauraient suffire à créer une psychose. Considérés par la plupart des auteurs comme de simples causes occasionnelles, on leur reconnaît rarement une efficacité suffisante pour provoquer un trouble mental profond. Telles sont du moins les conclusions de travaux récents et d'une large enquête parue sur ce sujet il y a quelques années (1).

D'accord avec ces auteurs, nous pensons qu'en effet, les influences extérieures colorent simplement le contenu délirant des grandes psychoses d'asile, sans jamais les déterminer.

Mais en dehors de ces grandes affections psychiatriques, il existe de nombreuses manifestations aiguës dans l'éclosion desquelles des facteurs émotionnels exogènes jouent fréquemment un rôle prépondérant.

(1) *Vie Médicale*, 25 mai 1933. — LÉVY-VALENSI : Actualité et psychoses. (*Avenir Médical*, janvier 1935). — GÉRARD : L'actualité et les psychoses. Thèse, Paris, 1935.

Pour notre part, nous avons été frappés par une augmentation manifeste du nombre de ces formes mentales en relation avec les grèves récentes. Notre impression s'est confirmée à la lecture du registre des entrées à l'admission de Sainte-Anne. En effet, le nombre de malades hommes admis au mois de juin 1936 a été de 240, contre 165 au mois de juin 1935. La moyenne mensuelle a été de 176 pour l'année 1935, le maximum atteint étant de 208 en décembre 1935.

Parmi les malades que nous avons pu observer, chez lesquels les troubles sociaux ont joué un rôle actif, nous avons choisi deux cas qui nous ont paru particulièrement typiques.

W... Aimé est âgé de 43 ans. Son père est mort à 25 ans, au cours d'une crise d'alcoolisme. Sa mère, âgée de 62 ans, est bien portante.

Antécédents personnels. — Pas de maladie grave dans l'enfance. Obtient son certificat d'études à 12 ans. En 1914, il contracte la syphilis. Régulièrement soigné, ses réactions humorales sont actuellement négatives (Liquide céphalo-rachidien et sang). Marié depuis 15 ans, il a trois enfants en bonne santé. W... a toujours été considéré comme un bon ouvrier. Il n'a jamais présenté de troubles mentaux.

Depuis deux ans, il travaillait dans une fabrique d'apéritifs où il avait pris des habitudes alcooliques, ayant l'autorisation de boire au tonneau une solution qui, pour être diluée, n'en comportait pas moins une teneur en alcool d'environ 8°.

Le 3 juin, il rencontre plusieurs camarades qui l'entraînent au comité de grève. Le 4 et le 5, il participe à d'autres réunions et propose d'attendre le résultat de la délibération du Conseil d'Administration. Son vœu n'est pas adopté et il est désigné pour présenter un cahier de revendications.

Son beau-frère, qui travaille dans la même usine, ayant appris cette décision, lui fait des reproches, lui démontrant qu'il devrait être le dernier à se joindre au mouvement. Il promet d'abandonner la délégation, mais à la suite de cette visite, devient inquiet, ne dort pas la nuit suivante, craignant la réaction de ses camarades. Le 8, il n'ose pas aller à son travail, il descend dans la rue et entend un crieur de journaux dire : « Regardez le plus beau salaud du monde.. tout va très bien, Madame la Marquise... la victoire est complète. » Il rentre aussitôt chez lui, « démoralisé, la honte au front ». Le 9, il retourne à l'usine, où les ouvriers lui reprochent sa conduite. Il lit dans un journal des articles le concernant. Le 11, on le menace à l'usine par sous-entendus, il comprend qu'on veut le brûler en effigie, en le représentant sous la forme d'un cochon, avec une « gousse d'ail dans le derrière », allusion à des relations homosexuelles dont on l'accuse également.

Il doit être conduit, le 12 juin, à l'Hôpital Henri-Rousselle, en raison de son anxiété. Il entre dans notre service le 14.

Rapidement amélioré, il critique actuellement ses troubles récents, « j'ai cru que mes camarades me tournaient le dos parce que je ne tenais pas ma promesse, j'avais donné deux paroles contradictoires, à mes collègues d'une part, à mon beau-frère de l'autre... je ne savais plus que faire. »

Au point de vue neurologique, on constate seulement un léger tremblement digital et lingual. Le foie déborde de deux travers de doigts le rebord costal.

En résumé, notre malade a présenté un état d'anxiété avec vagues idées de persécution de nature interprétative s'accompagnant de légers signes d'imprégnation éthylique et qui n'a duré que quelques jours.

Il ne s'agit pas d'un épisode subaigu, ce malade n'a été, en effet, ni confus, ni onirique.

Bon ouvrier, estimé de ses patrons, et considérant pour sa part que les revendications de ses camarades étaient exagérées, sa désignation comme membre de la délégation, bien que flattant son amour-propre, a provoqué chez lui un conflit affectif intense, dont sa fragilité psychique ne lui a pas permis de se dégager.

C... Moïse, âgé de 40 ans, est un Israélite russe venu s'engager en France en 1916. Après la guerre, il épouse, en 1920, une Française dont il a eu 2 enfants, aujourd'hui âgés de 12 et 9 ans.

C... n'a pas d'aliénés dans sa famille. Il n'a jamais lui-même présenté de troubles mentaux, il est considéré par sa femme comme un « mari modèle ». Bon ouvrier, il a toujours travaillé depuis 1920. Il n'a jamais fait d'excès de boisson. Depuis deux ans, il était monteur électricien dans une entreprise que les ouvriers grévistes ont occupée au début du mois de juin. Il passe ses premières journées entièrement à l'usine. Il monte la garde pour les autres, cède ses rations alimentaires, désirant être utile à tous et, par-dessus tout, « concilier tout le monde ».

Au bout de quelques jours, il rentre coucher chez lui une nuit sur trois. Sa femme ne remarque d'abord rien de particulier, mais, vers le 10 juin, le malade rentre « fatigué, nerveux ».

Le 13 au matin, il a des vomissements, des céphalées. En pleine nuit, il réveille sa femme et lui dit que la veille, à l'usine, le ciel était indécis, « tout un côté noir..., tout un côté blanc, ça va révolutionner le monde... tout le monde va être heureux maintenant ».

Dans la journée, il commence à tenir des propos bizarres, en rentrant de l'usine, il raconte qu'on lui en veut, qu'on a voulu le pendre avec une cordelette.

Le 19 juin, un contremaître lui conseille de rester chez lui. Son

anxiété augmente, il ne veut pas rester alité, sort en ville et doit être conduit, le 29 juin, à l'Hôpital Henri-Rousselle.

C... est resté anxieux depuis son entrée dans le service. Sa langue est saburrale, il n'existe aucun signe d'imprégnation éthylique. Les réactions sérologiques sont négatives. Azotémie (2 juillet), 0,37 0/00. Faibles traces d'albumine dans les urines.

En résumé, il s'agit d'un état subconfusionnel avec anxiété et interprétations morbides sans aucune systématisation. Chez ce malade, l'éclosion des troubles a été précédée de fatigue physique due particulièrement à l'absence de sommeil et à une alimentation insuffisante, en outre, son désir de neutralité et son besoin de conciliation ont favorisé chez lui un surmenage émotionnel incontestable.

Chez ces deux malades, nous voyons donc un état sensiblement analogue : bouffée délirante anxieuse avec idées délirantes interprétatives, sans aucun phénomène psycho-sensoriel. L'anxiété est surtout remarquable, l'un d'eux craignant d'être brûlé en effigie, l'autre d'être pendu.

Tous deux présentent une fragilité psychique certaine. Chez le premier, nous trouvons la notion d'une hérédité alcoolique et des signes nets d'imprégnation, pour le second, notons un facteur ethnique qui constitue pour beaucoup un terrain prédisposé.

De ces deux observations, nous voulons rapprocher le cas d'un malade récemment examiné à notre consultation externe. Comme l'un de nos malades, bien que désireux de neutralité, il a été chargé des revendications de ses camarades ; comme l'autre, il a été soumis à un surmenage physique intense, assurant pendant des semaines l'occupation de son usine. Mais chez lui, sujet parfaitement équilibré et sobre, les troubles se sont simplement traduits par un léger épisode subanxieux avec hyperémotivité et irritabilité.

On voit ainsi qu'un terrain disposé est nécessaire à l'éclosion des troubles mentaux de ce genre.

Mais il convient de remarquer que nos sujets respectivement âgés de 43 et 40 ans n'ont pas manqué d'éprouver, au cours de leur existence, de multiples chocs affectifs dont aucun cependant n'avait provoqué d'incident pathologique. C'est dire la profonde perturbation qu'ont pu provoquer dans leurs conditions habituelles de vie, les récents conflits sociaux. Dans cette période en effet, ces sujets se sont trouvés plongés dans une atmosphère d'insécurité matérielle et de surmenage affectif. Certains cer-

veaux particulièrement vulnérables n'ont pu résister. Ils auraient eu toutes chances de rester indemnes en l'absence de tels événements.

M. VURPAS. — J'ai personnellement constaté dans trois cas, cette influence des circonstances sociales actuelles sur l'état mental des individus et ces observations pourraient être jointes aux précédentes et à celles que d'autres collègues ont certainement dû recueillir.

Etat délirant anxieux motivé par les événements sociaux,
par MM. R. DUPOUY et M. LECONTE

Le malade que nous présentons, M. D..., est entré à l'hôpital Henri-Rousselle le 8 juillet 1936 avec le diagnostic de dépression post-émotionnelle.

Il nous a paru intéressant de rapporter sa courte observation parce qu'il s'agit d'un état d'épuisement avec anxiété et idées vagues de persécution chez un gréviste.

Ce n'est pas la première fois qu'à Henri-Rousselle sont amenés, à l'occasion d'événements sociaux tels que manifestations, émeutes, des malades dont les troubles sont en corrélation évidente avec ces facteurs sociaux. L'ampleur qu'a pris le mouvement de grève du mois dernier en est une preuve nouvelle.

Notre malade présente essentiellement un syndrome dépressif et anxieux avec idées délirantes de persécutions vagues, mal systématisées basées sur des interprétations assez pauvres et en dehors de tout élément hallucinatoire.

Voici, rapidement, son histoire :

Il s'agit d'un malade âgé de 32 ans, exerçant la profession de tôlier chez Peugeot qui, dans la décision commune des ouvriers de la maison Peugeot de pratiquer l'occupation, a subitement ressenti un changement dans ses relations avec ses camarades.

Il est resté une douzaine de jours à l'usine. Mais, dès le début, le malade a rapidement cessé d'être enthousiaste et a observé alors que ses camarades lui parlaient moins : « on ne lui causait plus comme avant ». « Ils avaient l'air de me prendre pour un traître sans doute, tout cela parce que je ne rigolais peut-être pas. Je n'ai pas dansé alors qu'il y avait bal. Ils avaient l'air de parler de moi. Mais, certes, aucun ne m'a fait de reproches directs. Tout ça m'a affecté. Ça m'a fatigué. Je me sentais malade, mais je n'osais pas le

dire. J'avais peur de ne pas faire comme tout le monde. Je ne dormais plus, je ne mangeais pas, je ne buvais pas. Je commence seulement maintenant à me remettre, et à manger. Surtout depuis que l'on me traite. Là-bas, ils avaient fini par avoir l'air de me considérer comme un faux frère. C'est pourquoi j'étais anxieux, gêné. J'avais envie de m'en aller. Je voyais qu'ils me faisaient la tête. Si je le leur avais dit, je crois qu'ils m'auraient laissé sortir tout de même. »

Actuellement, à l'évocation de ces souvenirs, le malade se trouble encore et pleure souvent. Il se présente comme un malade déprimé, en voie de corriger ses idées délirantes dont il commence à douter. Il présente, tout au plus, une certaine lenteur à l'évocation des souvenirs concernant l'épisode de grève récemment vécu, témoignant de la possibilité d'un léger syndrome confusionnel et émotionnel qui aurait accompagné son état dépressif.

Du point de vue physique, l'examen demeure entièrement négatif. Il n'existe aucun trouble somatique ou neurologique, aucun signe d'éthylisme ou de syphilis. La tension artérielle est à 11-7. Nous avons jugé inutile de pratiquer l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Antécédents. — Les antécédents personnels du malade n'ont pu mettre en évidence aucune maladie grave. Le malade ne mentionne qu'une ptose gastrique découverte il y a 8 ans et bien supportée. Il est marié depuis 12 ans, vit en bons termes avec sa femme. Il sait lire et écrire, sans plus. Il a accompli son service militaire sans incident. Après avoir été tôlier-chaudronnier avant son service militaire, il est devenu chauffeur, puis tôlier chez Peugeot.

Du point de vue psychique, il n'a jamais présenté de troubles mentaux, jamais d'état dépressif ou d'état maniaque. Son caractère était uni et calme, et rien ne met en évidence une prédisposition paranoïaque. L'étude de sa sociabilité passée, comme sa présentation actuelle, montre qu'il ne s'agit pas d'un paranoïaque.

Ses antécédents collatéraux et héréditaires sont également satisfaisants. Il a un frère et une sœur en bonne santé. Sa mère est encore en vie. Son père, gazé en 1918, est mort, des suites de la guerre.

Il nous faut insister encore sur un incident qui a ébranlé fortement les nerfs de notre malade. Il y a 3 ans, en effet, au cours d'une manœuvre avec son camion, le malade a involontairement écrasé un enfant de 4 ans dont la tête a glissé sous la roue arrière gauche de sa voiture et fut complètement écrasée.

Le malade est resté, depuis ce jour, très impressionnable, alors qu'il affirme n'avoir jamais eu un comportement hyperémotif auparavant.

En résumé, il s'agit d'un cas de légère bouffée délirante anxieuse surgie à l'occasion des mouvements de grèves récents.

Nous ne voulons qu'indiquer incidemment le problème sur

l'aide que peut apporter ce cas à l'étude des rapports des états mélancoliques et des idées de persécution, ces dernières pouvant être ici envisagées comme la projection inconsciente des idées de culpabilité du malade qui se reprochait à lui-même son manque d'entrain pour cette occupation à demi forcée. Sûrement, d'ailleurs, ce malade présentait une émotivité sensibilisée depuis l'accident involontaire au cours duquel il écrasa un enfant.

Il nous a paru surtout intéressant de présenter ce malade pour montrer combien les événements sociaux, s'ils ne créent pas de toutes pièces la morbidité mentale, ont du moins un rôle important en en favorisant l'apparition chez des individus particulièrement fragilisés qu'ils entraînent dans des conflits dont l'éclosion de la psychose témoigne.

Etat de confusion maniaque en rapport avec les événements sociaux actuels, par MM. Roger DUPOUY et Paul NEVEU.

Les événements sociaux récents semblent avoir eu une influence sur l'état mental de certains malades ; dans quelques cas, ils paraissent même avoir été la cause déterminante de la psychopathie. C'est l'observation de l'un de ces faits que nous rapportons.

Le malade que nous présentons, P... Marcel, âgé de 24 ans, ouvrier papetier, a pris une part active dans la récente grève de l'usine où il était employé. Délégué par ses camarades, affecté par le sentiment de sa responsabilité, surmené, à certains moments, il donnait l'impression de « divaguer ». Brusquement, il est devenu agité, insomnique, tenant des propos sans suite, demandant à voir le Président de la République, le Préfet, voulant donner de l'argent à ses frères. Il a été amené à l'Hôpital Henri-Rousselle le 7 juillet.

Actuellement, ce malade présente une excitation psycho-motrice intense, se manifestant par une abondance tumultueuse de propos décousus, associés par assonances pauvres, quelques jeux de mots, des vociférations, des cris, une déclamation en langage populaire vigoureux, mais peu varié. Incompréhension des questions posées. Fuite des idées empêchant toute réponse.

Il semble avoir des hallucinations visuelles du type onirique : il voit un cadavre par terre, c'est celui de M. R... (probablement le directeur de l'usine). Il ne faut pas marcher sur ce corps.

Ses propos, qu'il accompagne d'une attitude joviale ou agressive, portent sur quelques thèmes : persécutions vagues : ils se mettent tous après lui. On insultait sa famille. On lui a cherché querelle. Il

a été torturé, mais ne parvient pas à expliquer comment : c'est la « torture des tibias, c'est la hache ». Il a une vive appréhension de nouvelles tortures et surtout d'un attentat homosexuel. Il manifeste des idées de satisfaction et de crainte au sujet de ses dents : « J'ai de bonnes tenailles, dit-il, il ne faut pas les arracher, c'est de l'or. » Il tient, perdus dans un flot de paroles, des propos politiques incohérents où l'on reconnaît des allusions banales à des événements récents : « Si vous ne voulez pas respecter toute la Croix-Rouge, respectez les églises, proclame-t-il, il se fout pas mal des rouges, des royalistes, j'ai pas avalé un drapeau. » Vagues allusions à son rôle de délégué : « Je suis syndiqué, je suis forcé d'être affranchi, et où il fallait les chercher, mes droits ? Ils m'ont dit : qui vous délègue ? »

Il fabule, probablement sur des réminiscences de scènes oniriques : sur le marché, il a été chercher des petits canards. Un jour, il a voulu être commerçant, mais on lui a offert un régime de bananes. Etant enfant, il se réchauffait en brûlant les meubles.

Ces propos s'accompagnent d'un certain théâtralisme, du désir d'intéresser et d'étonner. Il nous interpelle pour attirer notre attention ; mais, d'autre part, il s'oppose à l'examen, il ne répond pas aux questions et donne l'impression de se réfugier dans son état d'excitation. A certains moments, l'auto-critique réapparaît : « Il m'est arrivé un coup de folie. J'ai perdu la mémoire. » Le plus souvent, il est opposant, lutte avec les infirmiers, refuse les aliments.

L'examen physique montre : le pouls rapide à 115-120 bien frappé ; la température à 37°. Les bruits du cœur sont normaux. Les poumons sont normaux. Le foie déborde légèrement le rebord costal. La rate est normale.

Il n'y a pas de signe net d'une intoxication éthylique : pas de subictère des conjonctives. Pas de tremblement. Pas de douleur à la pression des masses musculaires.

Les pupilles réagissent à la lumière. Les réflexes tendineux sont un peu vifs.

Dans les antécédents du malade, nous relevons : un frère interné depuis l'âge de 4 ans, un frère mort-né. La mère est morte d'un cancer à 55 ans.

Le malade présente des antécédents pathologiques : avant son accès, il avait un état de déséquilibre psychique. Dans son état de confusion, il laisse entrevoir des éléments émotifs.

On peut donc penser, chez ce malade, à des phénomènes réactionnels donnant à son excitation un aspect spécial, et ayant pu, dans une certaine mesure, déclancher l'accès qu'il présente actuellement.

Psychose maniaque dépressive et hyperplasie hypophysaire,
par MM. Xavier et Paul ABÉLY, R. ANGLADE et J. RONDEPIERRE.

Les sujets atteints de psychose intermittente sont de santé physique habituellement robuste et meurent rarement à l'Asile. Il n'est pas fréquent de pouvoir pratiquer à leur sujet des recherches histologiques.

C'est aujourd'hui le 3^e cas que nous pouvons vous présenter et cela depuis 1933.

Celui-ci est dû à la grande obligeance de M. Rondepierre qui a bien voulu nous confier les pièces anatomiques d'une de ses malades atteinte de psychose maniaque dépressive, décédée à l'Asile de Fains à l'âge de 59 ans.

L'examen macroscopique et microscopique de l'hypophyse de cette malade, examen pratiqué dans le Laboratoire de R. Anglade, est venu confirmer les résultats de nos deux premières observations.

Nous avons retrouvé ici, comme dans les deux cas précédemment publiés, les preuves d'une hyperplasie et d'un hyperfonctionnement hypophysaire.

Mlle B..., morte à 59 ans d'un anévrisme de la crosse de l'aorte, était, depuis de longues années, atteinte de psychose intermittente.

Depuis 1925, elle était internée sans interruption, soit à l'Asile de Clermont, soit à celui de Fains.

Avant cette date, elle avait déjà subi 4 internements, dont 2 à l'Asile de Ville-Evrard.

A Fains, elle s'est montrée comme une intermittente typique, passant par des périodes de plus en plus rapprochées d'excitation et de dépression; les états maniaques étant les plus fréquents et les plus longs, les périodes intercalaires étaient celles que l'on retrouve dans la psychose maniaque dépressive; elles avaient tendance à devenir plus brèves et plus rares.

Mlle B... ne présentait aucun signe d'affaiblissement intellectuel.

Célibataire, ancienne aide en pharmacie. Elle avait eu, au cours de son existence, et il y a de très nombreuses années, une grossesse normale.

Elle n'avait subi aucune maladie grave. A Fains, tous les examens biologiques s'étaient montrés négatifs.

Elle n'avait jamais présenté d'urée dans le sang, sa tension artérielle était normale.

Elle décédait brusquement le 18 avril 1936; elle était alors en période mélancolique.

L'autopsie, pratiquée le 19 avril, donna les résultats suivants :

Encéphale : Méninges : Adhérences de la dure-mère, à la face interne de la voûte crânienne.

Cerveau : Normal. Excision de l'hypophyse.

Poumons : Normaux.

Foie : Normal.

Reins : Normaux.

Rate : Petite (7 gr.). Hyperhémie.

Cœur et vaisseaux : *Péricarde* : Adhérent aux 2 poumons, extrêmement dilaté, donnant, avant son ouverture, l'illusion que le cœur est plus que double de son volume. Après ouverture, pas de liquide, mais volumineux caillots sanguins entre les 2 feuillets.

Cœur : Paraît petit.

Aorte : Portion ascendante de la crosse dilatée, considérablement amincie, translucide et mouchetée d'hémorragies dans le tissu.

Eclatement sous la forme d'une déchirure linéaire longue de 1 cm. 5, obturée par un caillot sanguin.

.....
L'examen de l'hypophyse nous permet de faire les constatations suivantes :

Examen macroscopique : Augmentation importante et évidente du volume de la glande, l'hypertrophie portant surtout sur le lobe glandulaire.

Le poids était de 70 centigrammes (normalement : 35 à 45).

Le diamètre transversal : 17 millimètres (normalement : 12 à 14 millimètres).

Le diamètre antéro-postérieur : 14 millimètres (normalement : 8 millimètres).

Le diamètre vertical : 7 millimètres (normalement : 6 millimètres).

En somme, il s'agit d'une glande presque doublée de volume, dépassant d'une fois et demi au moins les dimensions normales.

Examens microscopiques : *Lobe nerveux* : Rien à signaler.

Lobe antérieur : Augmentation importante du nombre et du volume des cellules, hypersécrétion colloïde, dilatation marquée des capillaires.

Le symptôme dominant est la prédominance des cellules acédophiles, cellules dont le protoplasma est coloré en rose par l'éosine, et qui sont dépourvues de granulations.

On peut les considérer comme des cellules principales modifiées, comparables aux cellules principales hypertrophiées qui sont décrites dans certaines formes d'hyperplasie hypophysaire.

Cet ensemble permet de conclure à un certain degré d'hyperfonctionnement glandulaire.

Ces constatations macroscopiques et microscopiques, le degré

d'hyperplasie, peuvent se comparer à ce que l'on retrouve chez les femmes décédées en cours de grossesse.

Or, la malade présentée aujourd'hui avait eu une seule et très lointaine grossesse au cours de sa vie, elle avait largement dépassé le cap de la ménopause.

Cette observation histologique s'ajoute aux deux autres que nous avons publiées.

Toutes trois nous permettent de penser qu'elles apportent une preuve nouvelle aux recherches physiologiques que nous poursuivons depuis plusieurs années, par des méthodes diverses et qui nous montrent que le disfonctionnement hypophysaire apparaît comme un symptôme dominant au cours de la psychose maniaque dépressive.

La séance est levée à 11 heures 50.

Le Secrétaire des séances,

Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 2 Juillet 1936

Présidence : M. TINEL, président

Grognements en salve avec hémiplégie, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et COCHEMÉ.

Les auteurs montrent un homme de 68 ans, ancien professeur de lycée qui, plusieurs fois par jour, et surtout après les repas, est depuis novembre 1935 pris de crises de bruits glottiques et pharyngés, qui rappellent des grognements, se déclanchent en salve, s'accompagnent d'un état émotif marqué et sont pour le malade l'occasion d'une grande activité psychique relativement à la cause et au traitement de son infirmité. D'autre part, il existe une hémiparésie gauche avec asymétrie des réflexes tendineux et hypothermie locale, surtout marquée à la main. Elle s'accompagne d'une hémiparésie gauche du voile. Il n'y a pas de déchirure du voile, ni du pharynx, ni du larynx.

Ce sont donc simplement des troubles du voile d'origine organique qui ont été l'occasion de cette réaction pittoresque, qui s'apparente aux tics.

Syndrome de la région du noyau rouge. Pseudoataxie dite frontale, par MM. BARRÉ, CHARBONNEL et UBERSCHLAG.

Les auteurs montrent un malade présentant des phénomènes de pseudo-ataxie avec rétropulsion très marquée. Ce malade accusait en outre une paralysie du petit oblique avec un syndrome de Parinaud typique. Les troubles vestibulaires sont très nets également. On observe un nystagmus rotatoire.

MM. Barré, Charbonnel et Überschlag localisent ce syndrome au niveau de la région du noyau, après une discussion serrée sur la possibilité de la non-organicité de ce syndrome.

Discussion. — M. LHERMITTE discute le diagnostic de localisation et considère que le siège de la lésion du syndrome de Parinaud peut être localisé dans la région sous-optique. Le phénomène de rétro-pulsion chez les vieillards a été étudié par de nombreux auteurs. Les lésions siègent d'ordinaire dans la région thalamique ou sous-thalamique. Il n'y a d'ordinaire pas de lésions cérébelleuses.

M. ANDRÉ-THOMAS rapproche ces phénomènes de rétropulsion des astasies-abasies. Il insiste beaucoup sur l'élément psychique surajouté et se demande s'il est possible de faire une localisation certaine, car les lésions sont plus diffuses.

M. ALBERT CHARPENTIER est assez porté à croire à la fréquence de l'association hystéro-organique. Il rappelle qu'avec Babinski, par la rééducation et la psychothérapie, il est arrivé à corriger des troubles de la marche des vieillards marchant à petits pas.

Syndrome adipo-génital très amélioré par le traitement spécifique,
par MM. L. BABONNEIX et S. DAUM.

A propos du cas rapporté récemment par M. J. Lhermitte, les auteurs présentent un jeune homme de 16 ans chez qui, il y a quatre ans, s'est développé un syndrome adipo-génital typique. Sans qu'il y ait eu aucune raison d'incriminer le tréponème, on a institué, un peu au hasard, un traitement spécifique, qui n'a pas tardé à donner les meilleurs résultats.

A propos de l'association de l'abolition des réflexes tendineux avec troubles pupillaires, par MM. André THOMAS et S. AJUNAGUERRA.

A propos de deux cas d'abolition des réflexes tendineux avec mydriase unilatérale, les auteurs discutent la notion du syndrome d'Addie, sa nature sympathique et son étiologie considérée comme non syphilitique. Chez un de ces malades, le caractère évolutif de la maladie, l'examen sérologique suspect font penser aux auteurs à l'origine syphilitique. Dans le doute, d'ailleurs, le traitement anti-syphilitique s'impose.

Discussion. — M. HAGUENAU apporte le cas d'une jeune femme chez qui, en trois semaines, est apparue une pupille énorme, suivie d'abolition des réflexes achilléens. Les examens sérologiques et la ponction lombaire ont été négatifs. A la suite du traitement antisiphilitique pratiqué, néanmoins l'inégalité pupillaire et l'abolition des réflexes photo-moteurs ont persisté.

M. GUILLAIN estime que, dans la majorité des cas, il ne s'agit pas de syphilis, se basant sur les cas qu'il a observés depuis sa première communication.

M. BARRÉ observe la même chose chez un malade dont il avait retrouvé la fiche médicale datant de 17 ans. Il a en outre observé 5 cas où pas le moindre signe de syphilis en activité ne pouvait être mis en évidence. Tout ce qui concerne d'ailleurs cette question a été soigneusement étudié par Weil et Rys.

M. THOMAS rappelle qu'il ne s'agit que d'une possibilité qu'il discute, mais il ne pense pas qu'on puisse éliminer la syphilis.

Abolition des réflexes tendineux avec syndrome sympathique,
par M. André-THOMAS.

M. André-Thomas présente le cas d'un enfant (fille) qui, à côté d'un syndrome sympathique complet du membre supérieur gauche : abolition du réflexe pilo-moteur, troubles vaso-moteurs, présente une abolition des réflexes achilléens.

Devant l'absence d'étiologie certaine, M. André-Thomas discute les indications thérapeutiques.

Chorée chronique, récidivante, atypique, d'origine apparemment rhumatismale, par MM. H. SCHAEFFER, KREBS et LÉGER.

Une femme de 57 ans, ayant eu une chorée de Sydenham dans l'enfance, complètement guérie, voit, à la suite de trois crises de rhumatisme articulaire aigu généralisé, survenues à 34, 45 et 52 ans, apparaître et s'aggraver progressivement et lentement des mouvements anormaux. Ceux-ci, qui ont le caractère de mouvements choréiques, se produisent à peu près exclusivement dans les muscles du tronc, du thorax, des épaules. Aucun mouvement à la face, quelques rares mouvements non propagés dans les membres inférieurs. Existence d'un torticolis tonique droit. Absence totale de signes pyramidaux, d'ataxie, de troubles cérébelleux, de troubles du tonus, ainsi que de troubles mentaux.

Les auteurs insistent sur la prédominance des mouvements au tronc, l'association d'un torticolis, l'origine rhumatismale des accidents.

Discussion. — M. BABONNEIX considère que la chorée aiguë récidivante, peut se présenter par la suite sous une forme chronique.

M. CHRISTOPHE demande s'il ne s'agirait pas d'un spasme de torsion avec mouvements cloniques.

M. ANDRÉ-THOMAS insiste sur le caractère axial des mouvements qui ne sont pas les mouvements classiques de la chorée.

Polioencéphalite subaiguë avec atteinte unilatérale des dix dernières paires crâniennes, par MM. MONIER-VINARD et BRUNEL.

Présentation d'une malade chez qui, dans l'espace de quatre mois, se sont constitués des troubles dans le domaine des dix dernières paires crâniennes droites. Le degré de l'atteinte de ces paires n'est pas le même pour toutes : les oculo-moteurs sont massivement paralysés, les autres paires crâniennes ont une symptomatologie parcellaire et dissociée, qui établit l'origine nucléaire des troubles.

Les paires crâniennes gauches sont rigoureusement intactes. Au niveau du tronc et des membres, il n'existe aucun désordre de la motilité, de la sensibilité, du tonus, de l'équilibration, en sorte que les lésions strictement limitées aux noyaux gris du tronc cérébral ont complètement respecté les systèmes de fibres longues avoisinant ces noyaux. Cette polio-encéphalite semble devoir être attribuée à l'action d'un virus neurotrope à fixation élective sur la substance grise.

Discussion. — M. HAGUENAU a observé un cas ressemblant trait pour trait à ceux de MM. Monier-Vinard et Brunel.

M. GARCIN considère que les examens radiographiques, dans ces cas, per-

mettent d'éliminer un sarcome de la base du crâne. D'ailleurs, le tableau clinique répond bien aux polioencéphalites subaiguës, sur lesquelles il a insisté avec Renard. Il souligne la partialité de ce virus neurotrope pour les noyaux des nerfs craniens. Il rappelle qu'il a proposé, pour caractériser ces cas, d'ajouter le terme « curable » à leur définition.

M. ALAJOUANINE insiste sur la fréquence des cas de polioencéphalite ces dernières années.

Un nouveau cas de compression médullaire par Maladie de Paget,
par M. PETIT-DUTAILLIS.

Présentation d'un cas de maladie de Paget, découvert par la radiographie et dont le premier signe consista en troubles paraplégiques à prédominance sensitive. Après laminectomie décompressive, le malade fut très amélioré.

Discussion. — M. ALAJOUANINE a observé deux cas analogues ; il insiste sur la nécessité de séparer nettement la maladie de Paget classique des autres ostéites fibreuses.

M. GARCIN a également observé un cas semblable de syndrome de Brown-Séquard, d'origine pagétique.

M. THIERS pense que tous ces troubles sont d'ordre circulatoire, comme il a pu s'en rendre compte au cours d'un examen anatomique.

Etudes piézographiques de la contraction volontaire à l'état normal et pathologique, par MM. H. BARUK, O. M. GOMEZ et R. ROSSANO.

Les tracés des contractions volontaires obtenus à l'aide de la méthode piézographique chez des sujets normaux et des malades atteints d'affections diverses : hémiplegie pyramidale, Parkinson, catatonie, pithiatisme, états névropathiques et psychopathiques divers permettent d'étudier la mise en train et la décontraction du muscle. La mise en train est surtout touchée dans les syndromes psychopathiques, dans les états organiques pyramidaux et extra-pyramidaux.

Etude clinique et biologique d'un cas d'acromégalie,
par MM. G. GUILLAIN et J. SIGWALD.

MM. Guillaïn et J. Sigwald présentent l'étude clinique et biologique d'un cas d'acromégalie, dont l'aspect morphologique et radiologique est des plus typiques. Du point de vue clinique, cette observation a quelques particularités : l'apparition du syndrome morphologique après un traumatisme crânien fait discuter ce facteur dans le développement de l'adénome ; il y a association avec la maladie de Recklinghausen ; le développement de l'adénome vers les fosses nasales, que démontrent l'image radiographique et l'intégrité des nerfs optiques, fait admettre la nature purement hypophysaire des symptômes. Les examens biologiques ont, de ce fait, un réel intérêt ; ils montrent, entre autres, l'intégrité du métabolisme glucidique, l'élévation du métabolisme de base et du pouvoir spécifique dynamique des protéines.

Maurice LECONTE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 27 Juin 1936

Présidence : M. VERMEYLEN, président

La séance, qui a eu lieu à l'Institut de Défense sociale de Tournai, a été précédée d'une visite de cet établissement, sous la conduite du Dr Oliviers, médecin-directeur, dont l'inlassable activité a permis une réorganisation très heureuse de ce vieil asile, fondé en 1883 et destiné primitivement à abriter les aliénés criminels.

L'Institut a, jusqu'à présent, admis 13.511 malades; la population actuelle est de 910 malades, dont 88 seulement sont d'anciens pensionnaires ne dépendant pas de la loi de Défense sociale.

La thérapeutique par le travail a été organisée et a permis jusqu'à présent d'occuper à des travaux divers (vannerie, menuiserie, confection de jouets, jardinage, etc.) les deux tiers des patients.

Depuis la réorganisation, les évasions sont devenues extrêmement rares; alors qu'antérieurement on en comptait jusqu'à 100 par an, il n'y en a pas plus d'une actuellement. Parmi la population de l'établissement de Tournai, il y a 47 condamnés à mort.

Après un déjeuner offert par la Direction, la séance de l'après-midi fut consacrée à des présentations de malades par les médecins de l'Institut.

Psychoses pénitenciaires, par M. OLIVIER.

Les détenus qui présentent des troubles mentaux au cours de leur séjour en prison sont internés à l'asile de Tournai. Il y a actuellement 130 sujets qui sont entrés à l'établissement dans ces conditions. Malgré l'avis de certains membres du personnel des prisons, et même parfois malgré les déclarations des intéressés eux-mêmes, la simulation n'est que très rarement seule en cause. L'auteur présente une série de cas qui démontrent le caractère très particulier de ces psychoses pénitenciaires.

Syndrome paranoïde chez un débile mental, par M. GUILMOT.

Présentation d'un malade atteint de débilité mentale, et chez lequel on a vu se développer un délire d'influence à base hallucinatoire qui semble évoluer vers un état schizophrénique.

Quelques cas d'encéphalite léthargique, par M. DE CRAENE, junior (de Courtrai).

Présentation de quatre malades dont les antécédents familiaux sont exempts de tares mentales, et qui quelques années après une encéphalite aiguë ont commis divers délits sexuels.

Délire d'interprétation, par M. NEVES.

Il s'agit d'un intellectuel qui depuis 40 ans entretient un système délirant d'interprétation qui l'a conduit au meurtre, et qui ne présente, malgré cette longue évolution, aucune altération du fond mental.

Commentaires sur des crimes commis au cours d'un état passager et bref d'aliénation mentale, par M. CARLIER.

Relation de trois cas de meurtres commis au cours d'accès mentaux aigus, qui guérissent assez rapidement. Discussion des décisions à prendre au point de vue social dans les cas de ce genre.

J. LEY.

**Groupement Belge d'Etudes
Oto-Neuro-ophtalmologiques et Neuro-chirurgicales**

Séance du 27 Juin 1936

Présidence : M. CHEVAL, président

**Ophtalmoplégie totale causée par un cylindre évoluant depuis
quinze ans, par MM. J. DAGNELIE et L. VAN DER MEIREN.**

Présentation d'un homme de 40 ans dont l'affection a débuté il y a 15 ans par un gonflement et des chatouillements dans la bouche, du côté gauche, et un certain degré de photophobie de l'œil gauche. Depuis deux ans s'est installée une diplopie progressive par paralysie de l'oculo-moteur externe gauche ; le malade se plaignait en outre de paresthésies dans la joue gauche.

Actuellement, il existe un ptosis complet de la paupière gauche ; l'œil est immobile, l'acuité visuelle fortement diminuée, la pupille est rigide de ce côté, il y a anesthésie de la cornée, paralysie faciale gauche avec atrophie musculaire, anesthésie trigéminal et diminution de l'audition à gauche. Le fond des yeux et le champ visuel sont normaux.

La radiographie révèle une obscuration du sinus maxillaire gauche avec érosion de la paroi externe de l'orbite. La biopsie a montré qu'il s'agit d'un cylindre parti du sinus maxillaire et qui s'est étendu vers le sinus caverneux en passant par la fente orbitaire supérieure.

Les auteurs insistent sur la lenteur de l'évolution et sur l'absence de phénomènes douloureux, malgré l'extension de la lésion.

Tumeur de l'angle à symptomatologie atypique,
par MM. LARUELLE, CRABBÉ et MASSION-VERNIORY.

Relation du cas d'une femme de 46 ans, souffrant d'hémicranie droite depuis dix ans, et chez laquelle on vit apparaître brusquement des troubles cochléaires et vestibulaires. Le début apoplectiforme, l'absence de signes d'hypertension, l'hyperexcitabilité vestibulaire droite (au lieu de l'hypoexcitabilité habituelle en cas de tumeur de l'angle) font penser à une lésion d'origine circulatoire. Cependant des crises toniques bulbaires apparaissent ultérieurement, indiquant une compression du tronc cérébral ; la formule vestibulaire reste cependant atypique.

La trépanation décompressive fait disparaître les crises bulbaires, mais la tumeur ne peut être trouvée à l'opération.

Il s'agissait d'un neurinome de l'acoustique ayant déplacé mécaniquement le tronc cérébral longtemps avant d'avoir déterminé des lésions destructives, ce qui explique la symptomatologie atypique.

Sur un cas de tabès juvénile, par MM. BRANDES et L. VAN BOGAERT.

A propos d'une observation personnelle de tabès juvénile avec atrophie optique chez un jeune homme de 18 ans, les auteurs insistent sur la rareté de cette affection et sur ses caractères cliniques : précocité de l'atrophie optique, absence d'ataxie, de douleurs fulgurantes, de crises viscérales, de modifications arthropathiques. Dans leur cas les réactions sérologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien étaient positives, ce qui est exceptionnel.

Gliome primitif des nerfs optiques. (Portion intra-crânienne).

Diagnostic et intervention, par MM. L. VAN BOGAERT et P. MARTIN.

Les auteurs insistent sur l'intérêt de ces tumeurs encore peu connues au point de vue histologique et clinique, dont les unes, extra-crâniennes, se développent vers la cavité orbitaire, les autres, intra-crâniennes, vers le chiasma. Il s'agit presque toujours d'enfants. Leur cas concerne un garçon de 6 ans ; le diagnostic fut basé sur l'association d'une névrite rétro-bulbaire bilatérale à évolution rapide, sur l'absence de symptômes radiologiques du côté de la selle turcique, sur l'existence d'un syndrome adipo-génital et de taches café au lait au niveau de la région thoraco-abdominale.

La radiographie montre l'existence d'une dilatation unilatérale du trou optique. L'intervention confirme le diagnostic : le nerf optique droit jusqu'au chiasma était trois fois plus épais que le gauche. L'ablation de la tumeur étant impossible, la région fut soumise à la radiothérapie. La vision n'a plus baissé depuis l'intervention.

Cordotomie antéro-latérale bilatérale pour crises gastriques du tabès,
par MM. B. DEJARDIN et P. MARTIN.

Relation d'un cas de tabès, sans douleurs fulgurantes, qui présentait des crises gastriques subintrantes d'une durée atteignant parfois plusieurs semaines.

Une malarisation fut tentée sans succès. La cordotomie antéro-latérale entre D3 et D5 fut suivie d'un excellent résultat sur les crises gastriques.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française

XL^e session (Bâle, Zurich, Berne, Neuchâtel, 20-25 juillet 1936)

Présidents : M. le docteur O. CROUZON (de Paris)

et M. le Docteur A. REPOND (de Malévoz-Monthey)

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française a tenu sa 40^e session en Suisse, à Bâle, Zurich, Berne et Neuchâtel, du 20 au 25 juillet 1936, sous le Haut Patronage du Conseil Fédéral suisse, et sous la présidence de MM. les D^{rs} O. CROUZON, Médecin des Hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de Médecine, et A. REPOND, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Malévoz, à Monthey.

Le D^r M. OLIVIER, Médecin-Directeur de l'Asile de Blois, était *vice-président*. Faisaient également partie du Bureau, MM. le Prof. Pierre COMBEMALE, *secrétaire général de l'Association* ; le D^r VIGNAUD, *trésorier*, et le D^r O.-L. FOREL, *secrétaire annuel*, assisté de quatre *secrétaires locaux* : MM. les D^{rs} RIGGENBACH, de Bâle, K. BINSWANGER, de Zurich, G. DE PALÉZIEUX, de Berne, et H. BERSOT, de Neuchâtel.

Cette session obtint le plus vif succès. Sous la présidence de M. le Conseiller Fédéral IMHOF et en présence de M. le professeur HAAB, Recteur de l'Université, la séance inaugurale eut lieu au Bischofshof, à Bâle. Nous donnons ci-dessous le compte rendu de ces séances scientifiques qui furent très suivies. Dans l'intervalle de ces séances, des réceptions grandioses et des excursions nombreuses firent apprécier à tous les splendeurs de l'hospitalité suisse et les incomparables sites de ce merveilleux pays. Les congressistes eurent en outre le privilège

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Juillet 1936.

18.

d'admirer, à maintes reprises, les très belles cliniques psychiatriques suisses et notamment celles de Friedmatt, de Liestal, du Burghölzli, de Küssnacht, de Kreuzlingen, de la Waldau, de Préfargier et de Perreux.

Le Bureau de l'Association sera composé, en l'année 1937, de M. le D^r M. OLIVIER (de Blois), *président* ; M. Th. SIMON (de Paris), *vice-président* ; M. le professeur Pierre COMBEMALE (de Bailleul), *secrétaire général* ; M. le D^r VIGNAUD (de Paris), *trésorier*. La 41^e session se tiendra à Nancy, du 17 au 22 mai 1937. Au Bureau ci-dessus sera adjoint, en qualité de *secrétaire annuel*, le D^r HAMEL, de Maréville. Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour de la 41^e session : 1^o *Rapport de Psychiatrie* : Contribution à l'étude biologique des délires alcooliques aigus, par le D^r R. BARGUES (d'Agen) ; 2^o *Rapport de Neurologie* : Les atrophies cérébelleuses primitives, par le D^r N. PÉRON (de Paris) ; 3^o *Rapport de Médecine légale* : Les règles à observer du point de vue neuro-psychiatrique dans l'incorporation des recrues, par M. le Prof. B. POMMÉ (de Paris).

La 42^e session aura lieu à Alger, du 6 au 11 avril 1938, sous la *présidence* de M. le D^r Th. SIMON, de Paris. Le *secrétaire annuel* en sera M. le Professeur POROT, d'Alger. Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour de la 42^e session : 1^o *Rapport de Psychiatrie* : Le déséquilibre organo-végétatif au cours des maladies mentales, par M. le Prof. D. SANTENOISE (de Nancy) ; 2^o *Rapport de Neurologie* : Les séquelles neurologiques et psychiatriques, immédiates et tardives, des traumatismes crâniens, par M. le D^r SCHMITE (de Paris) ; 3^o *Rapport d'Assistance* : L'Assistance psychiatrique indigène aux Colonies, par le D^r H. AUBIN, médecin des troupes coloniales, médecin des Asiles.

DISCOURS INAUGURAL

Après avoir rappelé les traits saillants de l'histoire de Bâle, ville cosmopolite, libérale et savante, l'un des centres intellectuels du monde, l'un des foyers de la Renaissance, carrefour européen où se sont rencontrés de tous temps les courants de pensées les plus vives et les plus contradictoires, l'orateur rappelle certains noms illustres auxquels cette cité est fière d'avoir donné naissance ou ouvert ses portes. Il s'attache plus particulièrement à l'étude de l'un d'entre eux qui compte parmi les plus grands génies du xvi^e siècle : *Erasme*. La raison en est que ce grand humaniste, dont on vient de célébrer le quadricentenaire de la mort, eut de nombreux rapports avec la médecine. En raison de son œuvre la plus célèbre : « L'éloge de la Folie », et bien qu'il y soit très peu question de psychiatrie, Erasme a toujours intéressé les psychiatres.

L'orateur esquisse d'abord, avec infiniment de finesse et de psychologie, le portrait du grand savant ; en retraçant brièvement l'histoire de sa vie, il insiste plus spécialement sur son activité à Bâle. Ensuite, il expose les

rapports d'Erasmus avec la Médecine et les médecins, en analysant une de ses œuvres, presque inconnue : « L'Eloge de la médecine ». Enfin, il s'efforce, en se plaçant au point de vue neuropsychiatrique, de tirer un enseignement de son magistral « Eloge de la Folie ».

RAPPORTS DE PSYCHIATRIE

L'hérédité des affections schizophréniques, par M. le professeur W. BOVEN (de Lausanne).

Les schizophrénies (= Sx) forment, selon la définition même de Bleuler, leur créateur en nosographie, un groupe d'affections tantôt chroniques, tantôt rémittentes, qui peuvent faire halte à toute étape ou s'acheminer jusqu'à la démence.

On se rend de plus en plus compte de l'hétérogénéité de ce groupe et maint clinicien insiste sur une différenciation qui lui paraît s'imposer. Doit-on se régler pour les catégoriser sur leur terminaison parfois lointaine ou les envisager comme indépendantes de cette fin qu'elles n'impliquent pas de manière nécessaire ? S'agit-il de processus plus ou moins légers, plus ou moins expansifs, de localisation plus ou moins aventureuse, à des périodes de la vie plus ou moins vulnérables, sur un fond mental et corporel qui les individualise jusqu'au travestissement ? Ou bien sont-ce peut-être des atteintes chimiquement, bactériologiquement différentes ? En un mot, sont-ce des aspects de la même maladie à des degrés et en des points divers, ou bien sont-ce des maladies hétérogènes comme, par exemple, la paralysie générale et la démence artérioscléreuse, dans le domaine de l'organique ?

La clinique, ayant du mal à y voir clair, demande à la génétique le secours de sa chandelle : ces syndromes de tout à l'heure offriraient-ils des caractères qui les différencient, au point de vue de leur transmission, du milieu qui les fait naître ?

La génétique répond par une gigantesque littérature dont voici à peu près les enseignements.

Les recherches inspirées par la doctrine de Mendel ont été laborieuses et décevantes : on en tire que les Sx (formes graves) se rapprochent, au point de vue du mode de leur transmission, de ce que la théorie mendélienne appelle une tare dimère-récessive, soit une tare qui implique un couple de facteurs récessifs, l'un des facteurs étant fourni par l'un des conjoints, l'autre par le second en général. Elle impliquerait une conjonction de tares plus ou moins fortuites. Encore cela n'est-il pas certain, ni aisément vérifiable. La théorie requiert dans un cas de ce genre 6,25 % de rejetons Sx : les auteurs, de Boven à H. Hoffmann, ont trouvé 7,4 % (Boven), 4,48 % (Rudin), 6,16 % (Zoller), 8,7 % (H. Hoffmann). L'hypothèse de la trimérie récessive est encore moins vraisemblable, puisqu'elle requiert 1,6 % de rejetons à tare manifeste.

Les études mendéliennes sont encore moins décisives en ce qui concerne les autres syndromes Sx, les plus légers et les plus discutés. C'est que la statistique mendélienne est un moloch qui réclame des séries énormes... et que ces syndromes sont d'une recherche, de ce fait, presque impossible ; ou bien alors la clinique cède le pas à la statistique et celle-là ne vaut plus rien, ce qui a souvent été le cas !

On doit à l'école psychiatrique de Munich, outre une flore immense de travaux mendéliens, des recherches beaucoup plus utiles et intéressantes : cette école a recherché et établi le pourcentage des principales psychoses au sein d'une population moyenne, rurale ou citadine. Par exemple, on trouve sur 1.000 individus adultes, pris au hasard, 8 à 9 Sx. On exprime le fait en disant que la Sx se trouve répandue dans cette communauté à raison de 0,85 %. La psychose maniaque dépressive a pour taux, dans les mêmes conditions, 0,44 % ; elle est donc deux fois plus rare. L'épilepsie 0,3 % ; l'oligophrénie 0,59 %.

Connaissant les dits pourcentages relatifs à diverses psychoses ou psychopathies dans la population moyenne, on a été amené à leur comparer la valeur de la fréquence des mêmes psychoses dans tel milieu déterminé, par exemple dans une communauté formée artificiellement (par la sélection des cas) et uniquement de frères et sœurs, d'oncles et de tantes ou de cousins-cousines de Sx. En comparant alors le chiffre obtenu à celui de la population moyenne, on peut mesurer la valeur des risques morbides d'une classe quelconque de parents par rapport à l'homme moyen.

Ainsi, parmi 100 frères et sœurs de Sx, on trouve 7 à 8 personnes atteintes elles-mêmes de Sx. On exprime le fait en disant que la probabilité ou le risque morbide est de 7,5 % pour les frères et sœurs d'un Sx. Comme ce risque est de 0,85 pour un homme pris dans la population moyenne, il est aisé de mesurer la gravité du risque, accru chez les frères et sœurs de Sx, en disant que ce risque est environ 9 fois plus grand que celui de l'homme moyen.

A côté de ces données statistiques, la génétique nous a fourni des faits intéressants en ceci qu'ils esquissent une différenciation de divers aspects ou syndromes Sx. Les formes sévères de la Sx ne se transmettent pas de manière directe : la Sx grave est sporadique et semble se fixer sur des points d'intersection ou de conjonction de lignées génératrices.

Les circonstances, les conditions internes et externes propres à chaque porteur de tare Sx seraient de nature à entraver parfois le développement d'une tare Sx et cela dans la proportion d'un quart de cas demeurés latents à trois quarts devenus manifestes. Il est donc certain qu'il existe des tares latentes de nature Sx.

Il n'y aurait pas de corrélation perceptible entre la Sx et le sexe, la tuberculose ou la syphilis. En revanche, il se pourrait que les traumatismes cérébraux représentassent un facteur de déclenchement de la Sx.

En somme et en résumé, la génétique renvoie le problème que la clinique lui pose, avec quelques commentaires et plusieurs questions.

Tout porte à faire croire que les Sx sont des aspects d'une ou de plusieurs psychoses composites requérant plusieurs facteurs, un recoupement, une intersection, une conjonction dans des milieux divers. Il est admissible que les traumatismes, les infections ou les intoxications, les conjonctures morales contribuent à leur genèse.

Ces psychoses différencieraient non seulement par des degrés de gravité ou d'extension différentes, mais aussi par leur « temps », leur localisation chronologique dans la vie de l'homme, et peut-être aussi par la nature constitutionnelle et le fond caractérologique de l'individu qu'elles atteignent. Il est possible que le malade individualise, parfois jusqu'à la travestir, l'affection dont l'uniforme générique nous est seul connu, surtout dans les affections du groupe paranoïde où persistent une activité et une personnalité très notables. On peut même supposer qu'une tare du groupe

Sx, germant sur un terrain du genre cyclophrénique, puisse affecter un épanouissement cyclophrénique ou cycloïde...

En ce qui concerne les mesures prophylactiques, il semble certain que la génétique n'offre pas d'appui scientifique et précis. Les lois allemandes de 1933 impliquent la stérilisation des Sx eu égard, non seulement à la Sx, mais encore aux psychopathies dites connexes, schizoïdes, et même à toute psychopathie, comme le prouvent les tableaux sur lesquels l'Allemagne fonde son verdict d'indésirabilité génétique. Or, nous ne sommes pas suffisamment documentés sur la nature des relations de ces psychopathies avec les Sx. En outre, ces lois troublent les rapports naturels de la corporation médicale avec les patients, leur douloureuse et souvent infortunée clientèle !

L'hérédité des affections circulaires, par M.-A. BROUSSEAU (de Paris).

Sous le terme d'affections circulaires, il faut grouper un vaste ensemble d'états pathologiques à évolution cyclique dont l'aspect clinique essentiel est caractérisé par une altération plus ou moins profonde de l'humeur : manies, mélancolies, états mixtes, psychopathies intermittentes, psychoses maniaques dépressives, folie circulaire de Falret, folie à double forme de Baillarger, psychoses périodiques, cyclothymie pathologique, etc.

Ainsi définis, les états circulaires sont le plus souvent transmis selon un mode héréditaire, homologue, d'intensité et de type très variables parmi tous ceux que comporte la gamme des syndromes cliniques.

La preuve n'a pas été administrée qu'il s'agisse d'un caractère récessif, comme l'ont pensé quelques auteurs, ou d'un caractère dominant, comme l'ont prétendu beaucoup d'autres.

L'étude des jumeaux univitellins est, dans les recherches sur l'hérédité, du plus haut intérêt, parce que ces jumeaux sont les seuls à réaliser cette condition privilégiée pour l'observateur de présenter exactement des données héréditaires identiques. Luxenburger, sur un ensemble d'environ 25.000 malades, examina 330 couples de jumeaux. Parmi les jumeaux univitellins qui formaient le quart environ de son matériel d'étude, il retrouve dans 91 % des cas des syndromes concordants, c'est-à-dire appartenant au domaine cyclothymique. Les jumeaux bivitellins, au contraire, ne concorderaient pas dans 60 % des cas, les individus étant alors atteints d'un syndrome mental tout différent ou bien demeurant normaux tout au long de leur vie. Mais le fait que les jumeaux bivitellins qui, du point de vue génétique, n'ont rien qui les distingue de leurs frères et sœurs, sont atteints de syndromes maniaques et dépressifs dans une beaucoup plus grande mesure que ceux-ci (dix fois plus), souligne l'importance des facteurs acquis : conditions particulières de la vie intra-utérine et de la naissance où ces jumeaux bivitellins sont évidemment plus exposés à souffrir que leurs frères ou sœurs.

Jusqu'à présent, les faits ne paraissent pas obéir aux lois de l'hérédité mendélienne, auxquelles ont satisfait, en clinique humaine, un petit nombre de syndromes physiques. Il est possible que les états circulaires expriment cliniquement le jeu d'un certain nombre de facteurs héréditaires, d'une *polymérie*. Cette hypothèse n'a reçu encore aucun commencement de preuve et la trimérie invoquée par Rüdén ne représente qu'une tentative de conciliation entre une collection d'observations d'homogénéité imparfaite et l'une des possibilités de formules complexes, mathématiquement confor-

mes aux calculs mendéliens. Il en est de même de l'hypothèse d'un facteur dominant siégeant dans le chromosome X, grâce auquel s'expliquerait la prédominance des états circulaires dans le sexe féminin.

Dans un certain nombre de cas, il semble bien que s'opère chez l'enfant une sommation des traits héréditaires des parents maniaques-dépressifs ou cyclothymiques, et ceci ne serait qu'un cas particulier d'une loi biologique générale. Par ailleurs, il n'est pas illogique de penser qu'en d'autres cas, au lieu de sommations, se puissent réaliser des inhibitions qui rendraient compte de latences ou d'atténuations cliniques.

Si évidente que paraisse, dans la grande majorité des cas, l'influence de l'hérédité sous la forme que permet d'envisager l'expérience, convient-il, en matière d'hérédité humaine, de ne pas négliger, dans une proportion aussi minime que l'on voudra, la possibilité de *mutations*, c'est-à-dire de variations soudaines, spontanées, sporadiques, héréditaires, telles qu'il s'en présente dans les règnes animal et végétal ?

Et, dans ce cas, une part pourrait revenir à l'influence de ces facteurs acquis très divers qui, le plus généralement, paraissent agir comme révélateurs de dispositions héréditaires latentes.

Les syndromes atypiques et plus particulièrement la coexistence, chez un même individu, de dispositions de l'humeur, de traits de caractère, d'un type structural, d'un mode évolutif, que l'on tend à rapporter diversement, les uns aux états circulaires, les autres à la schizophrénie, posent le problème de combinaisons possibles entre des facteurs héréditaires de catégories différentes. L'hypothèse, au premier abord, est séduisante ; mais elle présente aussi le risque de propager sur le terrain génétique, encore plus obscur, la fantaisie dont a déjà tant souffert la nosographie clinique.

En ce qui concerne la prophylaxie des états circulaires, les prétentions du Code allemand obligeant de recourir à la stérilisation précoce de toutes les formes, même légères, de la psychose maniaque dépressive, paraissent démesurées et d'application douloureuse, car « ni la psychiatrie, ni la génétique ne sont à l'heure actuelle des sciences exactes », ainsi que le conclut le rapport américain sur la question de la stérilisation eugénique.

DISCUSSION

M. le Professeur G. Vermeylen (de Bruxelles). Une notion domine le problème de la psychopathologie infantile : c'est celle de la malléabilité organo-psychique de l'enfant. A la suite de toxi-infections neurotropes ou de traumatismes crâniens, on constate souvent des modifications profondes du comportement et du caractère. Le milieu social exerce également sur le développement psychique de l'enfant une influence considérable.

M. M. Minkowski (de Paris). En dehors de la question de savoir comment se transmettent les diverses maladies mentales, il y a lieu d'étudier la façon dont la notion d'hérédité a contribué à l'élaboration de nos notions cliniques. Toute la psychiatrie du XIX^e siècle est un long débat entre celles-ci et celle-là. La notion d'hérédité est une notion préscientifique. Elle témoigne de notre tendance à rechercher, à travers la diversité des faits, le semblable et l'identique. En cela réside sa portée explicative ainsi que la façon dont elle précise les notions cliniques. Si aujourd'hui on lui donne avant tout un aspect statistique, cela tient en partie à ce que l'on veut, dans certains pays, justifier des lois sociales d'un rigorisme excessif que l'on applique sans fondement suffisant et surtout sans tenir compte des forces régénératrices naturelles qui entrent en jeu ici.

Mme Minkowska (de Paris) rappelle les recherches généalogiques qu'elle a faites en Suisse et qui lui ont permis de poursuivre pendant six générations la descendance de deux malades (un épileptique et un schizophrène). Ces recherches ont mis en évidence le rôle primordial du conjoint, la similitude entre les diverses psychoses, les caractères anormaux, l'importance des facteurs régénérateurs et l'élimination naturelle d'individus trop atteints ; de sorte que, en pratique, à la place de mesures massives, exagérées et choquantes pour le médecin, elles insistent sur le bien-fondé d'une activité éducative et de conseils individuels.

M. J. Lévy-Valensi (de Paris), insiste sur la parenté des états cyclothymiques et schizophréniques résultant sans doute d'unions entre prédisposés à ces deux types morbides. Il rappelle l'observation publiée par lui de feu Louis-Charles duc de Longueville, Prince de Neuchâtel, schizophrène dans les antécédents paternels et maternels duquel on retrouve l'hérédité maniaco-dépressive des Bourbons.

M. H. Bersot (de Neuchâtel). On ne peut encore, à l'heure actuelle, apporter de précisions définitives permettant de conclure avec une certitude mathématique à certaines probabilités héréditaires dans tel ou tel cas. Deux raisons fondamentales sont à la base de cette impossibilité : l'imprécision du point de départ et la multiformité des manifestations héréditaires.

M. P. Courbon (de Paris). L'hétérogénéité des psychoses diverses n'est qu'illusoire, puisqu'on peut les rencontrer toutes dans la lignée du même malade qui compte aussi des individus apparemment sains. C'est donc que la tare mentale est indifférenciée, peut rester latente ou revêtir la forme cyclothymique, schizophrénique, paranoïaque ou autre, suivant les conditions propres à chaque individu. Une éducation orthophrénique prénatale et poursuivie jusqu'à la majorité, pourrait peut-être réaliser sur les rejetons du psychopathe les conditions qui maintiennent la tare latente.

L'efficacité de la stérilisation des psychopathes pour la régénérescence humaine n'étant pas scientifiquement démontrée, la loi n'est pas fondée à l'imposer systématiquement.

M. Henry Ey (de Bonneval), insiste sur trois points : 1° L'hérédité psychopathique est polymorphe (dégénérescence) ; 2° Il n'y a pas lieu de considérer des états tels que « la » schizophrénie ou « la » psychose maniaque dépressive comme des entités morbides ; ce sont des syndromes d'étiologie multiple qui évoluent dans la lignée comme ils évoluent d'ailleurs souvent chez le même malade ; 3° En matière d'assistance et d'eugénique, il faut organiser l'observation des lignées par la création de petits organismes très simples qui devraient être annexés au service médical de chaque asile et destinés à suivre quatre ou cinq familles. Ce n'est qu'après une longue observation de plusieurs générations que l'on pourra se faire une idée scientifique motivée des mesures à prendre. Il semble que la stérilisation ne doive pas être rejetée *a priori*. Peut-être faut-il l'envisager même avec un préjugé favorable si l'on tient compte de l'expérience acquise déjà. Mais il s'agit d'un problème qui dépasse le plan biologique : il ne saurait être résolu actuellement.

M. Jabouille (de Rouffach). L'appréciation du facteur héréditaire dans les états schizophréniques et circulaires est d'une extrême complexité ; car ce n'est que pour une maladie bien définie et bien caractérisée dans ses symptômes, dans son évolution, dans son traitement et, avant tout, dans sa cause, qu'on peut rechercher si elle est ou non « héréditaire ». L'hérédité vraie ne devrait porter que sur le potentiel cérébral ; or, l'état mental

pathologique résulte, au moins en partie, de facteurs beaucoup plus complexes qui peuvent être aussi bien acquis qu'héréditaires, et parmi lesquels il faut tenir compte de la fragilité plus ou moins grande du système nerveux et du retentissement des lésions viscérales sur celui-ci.

M. René Charpentier (de Paris) annonce qu'il vient d'être créé, sous la présidence du Professeur R. Ruggles Gates, un « Bureau of Human Heredity » dont le siège est à Londres et qui, sous la direction d'un Conseil composé de membres représentant les Sociétés médicales et biologiques de Grande-Bretagne, présente un caractère international. Il a pour but de recueillir, d'étudier et de centraliser tous les documents et recherches concernant l'hérédité humaine. Mrs. C.B.S. Hodson est la Secrétaire générale de ce Bureau dont le siège est 115, Gower Street, Londres, W.C. 1.

RAPPORT DE NEUROLOGIE

Etude séméiologique, étiologique et pathogénique des mouvements choréiques, par M. J. CHRISTOPHE (de Paris).

En abordant dans son rapport l'étude du mouvement choréique, l'auteur n'a pas eu l'intention de faire un exposé détaillé de tous les chapitres que comporte un aussi vaste sujet. Il a voulu orienter son travail dans le sens de l'étude pathogénique du mouvement choréique. S'inspirant des idées de Kinnier Wilson, il insiste sur ce fait que tout mouvement involontaire constitue un système positif dû à la mise en jeu d'une activité motrice et ne peut être expliqué par la constatation simple de lésions destructives.

On ne peut juger suffisante l'explication pathogénique d'un désordre moteur comme le mouvement choréique que si elle fournit une solution aux trois problèmes suivants : 1° Quels sont les centres moteurs et les voies efférentes par lesquelles s'extériorise le mouvement involontaire choréique ? ; 2° Quels sont les appareils dont l'adulteration représente la cause initiale déclenchante du mouvement choréique ? ; 3° Par quel mécanisme physiopathologique les lésions en cause aboutissent-elles à mettre en jeu l'activité spontanée des centres moteurs responsables du mouvement ?

1. — Bien des arguments plaident en faveur de cette opinion que le mouvement choréique témoigne de l'activité de centres supérieurs et s'extériorise par l'intermédiaire du système cortico-spinal : le mouvement choréique apparaît comme particulièrement complexe et peut être comparé au mouvement volontaire, malgré les différences qui l'en séparent.

Les mouvements choréiques sont très voisins des tics, de l'instabilité motrice de certains sujets émotifs, dont l'origine corticale paraît indiscutable. Les mouvements choréo-athétosiques ne s'observent jamais dans les cas de paralysie corticale absolue. Ils sont susceptibles de disparaître d'un côté du corps à l'occasion d'un ictus suivi d'hémiplégie. On ne les constate pas dans les cas de rigidité décérébrée. Dans le premier chapitre de son rapport, consacré à l'étude séméiologique du mouvement choréique, l'auteur insiste sur ces faits et étudie en outre les perturbations si particulières du tonus dans les chorées, les troubles de la coordination musculaire dans le mouvement choréique, qu'il a pu préciser par des méthodes d'inscription graphique.

2. — Les circonstances étiologiques nombreuses dans lesquelles peuvent s'observer les mouvements choréiques et que l'auteur passe en revue dans la deuxième partie du rapport laissent entrevoir que les expressions anatomiques très dissemblables traduiront des faits cliniques aussi différents et présenteront au point de vue pathogénique une valeur très inégale suivant les cas.

L'étude anatomique des chorées aiguës infectieuses, en raison de la diffusion extrême des lésions, ne prête à aucune conclusion pathogénique. L'étude anatomique des chorées chroniques fournit des renseignements déjà beaucoup plus valables par le caractère systématique des lésions dégénératives en cause, réalisant dans la chorée de Huntington la dégénération atrophique cortico-striée.

Les lésions en foyer responsables des hémichorées hémiplegiques et des hémichorées pures post-apoplectiques sont beaucoup plus intéressantes parce qu'elles sont susceptibles d'interprétations pathogéniques précises. L'auteur étudie les différents types d'hémichorées symptomatiques : dans les syndromes thalamique et cérébello-thalamique, le syndrome du carrefour hypothalamique, les syndromes du moyen rouge, comprenant le syndrome de Bénédikt, etc. Il fait une étude anatomo-clinique plus détaillée de l'hémiballisme, hémichorée pure, excessive et désordonnée, en rapport avec une atteinte strictement localisée de la région sous-optique détruisant le corps de Luys.

Il résulte de cette étude que, si l'on excepte certains cas exceptionnels d'hémichorée en rapport avec une lésion en foyer du corps strié ou d'un hémisphère cérébral, les différents types d'hémichorée trouvent leur expression dans des lésions de sièges divers, mais qui jalonnent la voie afférente cérébello-cérébrale (dento-rubro-thalamo-corticale) dont les différents neurones constituent des chaînons importants du système choréogène encéphalique.

3. — L'explication physio-pathologique de la chorée repose donc, dans cette théorie (surtout défendue par Kinnier Wilson), sur deux propositions principales : d'une part, la chorée s'extériorise par le système cortico-spinal ; d'autre part, elle est provoquée par un trouble de régulation conditionné lui-même par des lésions du système afférent cérébello-cérébral. Il est légitime de concevoir la voie cérébello-cérébrale comme conduisant au cortex les sensations inconscientes qui normalement se transforment en excitations efférentes coordonnées au niveau de la zone motrice corticale. Si cette régulation cérébello-cérébrale manque, à la suite de lésions irritatives ou destructives à un niveau quelconque de ce système, les excitations afférentes exercent une action exagérée sur les cellules motrices dont l'activité s'extériorise sous forme de mouvements involontaires. A côté de cette théorie, qui repose essentiellement sur la conception de l'origine corticale du mouvement choréique, l'auteur expose les théories sous-corticales, dont la théorie striée qui fait intervenir à l'origine du mouvement choréique le rôle de la libération de l'activité pallidale résultant de l'atteinte du néo-striatum, est admise par beaucoup.

L'auteur discute la possibilité de concilier les différentes théories en intégrant l'appareil strié comme formation annexe du système afférent régulateur. Cette manière de voir est beaucoup plus conforme à la logique ; car si l'on peut envisager des lésions de sièges divers à l'origine des chorées et décrire ainsi des chorées striées, cérébelleuses, sous-thalamiques, etc., il est certain que le trouble moteur d'excitation doit traduire l'activité d'un cen-

tre moteur intact qui, logiquement, doit être le même dans tous les cas, et bien des arguments paraissent favorables à la conception de la nature corticale du mouvement choréique.

DISCUSSION

M. le Professeur J.-A. Barré (de Strasbourg), d'accord avec les rapporteurs sur les principaux caractères des mouvements choréiques, fait différentes remarques sur la tonicité, les réflexes tendineux, la faiblesse, la prétendue incoordination et les troubles de la statique du choréique. Il propose d'ajouter aux formes décrites une chorée pubérale et une chorée de croissance, très fréquentes à son avis et qu'il croit dues au débordement de la congestion ordinaire en dehors de la région infundibulo-tubérienne lors de la puberté et de la croissance.

M. le Professeur H. Roger (de Marseille) a remarqué que, à la phase de début des hémichorées, les réflexes tendineux étaient le plus souvent exagérés du côté malade par rapport au côté sain.

M. A. Rouquier (de Nancy) insiste sur la fréquence des hémichorées post-infectieuses. Il montre des myogrammes du biceps provoqués par décharge de condensateurs, myogrammes dont certaines particularités ont également été retrouvées chez les blessés du lobe frontal (constatation dont certains ont tiré argument pour affirmer l'origine pré-frontale primitive des chorées). Il rappelle enfin qu'il est fréquent d'observer, après des hémichorées ou des chorées généralisées, un véritable déficit moteur, sans modifications appréciables des réflexes tendineux cutanés.

M. H. Brunnschweiler (de Lausanne) présente le film d'une hyperkinésie hautement coordonnée.

M. le Professeur Minkowski (de Zurich) partage l'opinion défendue par le Rapporteur que des localisations lésionnelles différentes sont susceptibles de déterminer l'apparition de mouvements choréiques et athétosiques. Au point de vue physiopathologique, il estime que ces mouvements ne peuvent s'expliquer par une simple libération des centres sous-corticaux, ni par une excitation ou une série d'excitations, ni par un simple trouble centrifuge ou centripète de la régulation ; il s'agit plutôt, à son avis, d'un symptôme général de désorganisation et de déséquilibre, fonctionnel et dynamique, du système sensitivo-moteur considéré dans son ensemble et dans ses interactions avec le système végétatif.

RAPPORT D'ASSISTANCE ET THÉRAPEUTIQUE

La thérapeutique des psychoses dites fonctionnelles,
par *M. le professeur H.-W. MAIER* (de Zurich).

Afin de circonscrire le domaine du rapport, ne seront envisagées que les psychoses graves et les groupes d'affections mentales pour lesquelles on ne connaît pas jusqu'à ce jour de lésions anatomiques définies. Il sera donc traité surtout des schizophrénies et des états maniaques dépressifs qui, au point de vue numérique, jouent le plus grand rôle dans l'activité pratique du psychiatre.

Dans sa monographie sur la schizophrénie, Bleuler disait en 1911 qu'il n'existait, jusqu'à cette époque, aucune thérapie médicamenteuse causale

des états schizophréniques et que la psychothérapie entraine seule en ligne de compte. Il professait la même opinion en ce qui concerne les psychoses circulaires.

On a élaboré depuis une quantité de thérapeutiques nouvelles : pyrétothérapies diverses (malaria, abcès de fixation à la térébenthine, injections de nucléinate de soude, de peptone, de lait), autohémothérapie, injections intraveineuses de salicylate sodique ou d'atophanyl, opothérapie, choc hypoglycémique, cure de sommeil prolongé, etc.

Les résultats de ces traitements, qui ne relèvent pas d'une thérapeutique causale, sont encore très modestes ; les progrès réalisés sont d'ordre essentiellement symptomatique. Il faut donc espérer que de nouvelles recherches de laboratoire, en améliorant nos connaissances sur la physiopathologie des psychoses dites fonctionnelles, nous fournissent une base plus solide pour l'élaboration d'une thérapeutique systématique.

Ces diverses thérapeutiques médicamenteuses ne doivent pas faire négliger la psychothérapie, directe et indirecte, qui a donné d'excellents résultats ; la thérapeutique par le travail a également permis de soustraire un grand nombre de schizophrènes à leurs mécanismes autistiques et à en faire ainsi des membres utiles à la collectivité humaine.

En ce qui concerne l'assistance de tels malades, la tâche la plus difficile du médecin consiste à décider si l'internement est nécessaire, et si oui, à quel moment. Dans les états maniaques, le comportement social des patients aidera le plus souvent à trancher la question. Alors que, dans les cas de schizophrénie, on s'efforcera de différer l'internement le plus longtemps possible, dans les cas de manie, au contraire, on n'attendra pas trop longtemps, car l'état des malades s'aggrave sous l'influence des excitations extérieures et de la liberté. Chez les mélancoliques, le danger du suicide et la nécessité d'un contrôle plus rigoureux qu'à domicile trancheront la question. Chez les circulaires, l'internement est moins nuisible que chez les schizophrènes ; mais pour leur mise en liberté, une grande réserve sera de rigueur. Dans ces cas là, l'attitude à prendre diffère nettement de celle qu'on observerait à l'égard des schizophrènes : alors que chez ces derniers, on préconise la mise en liberté rapide pour prévenir les méfaits de l'autisme, chez les circulaires, au contraire, on prolongera l'internement jusqu'à ce que la poussée psychotique soit complètement éteinte. Avant de les autoriser à retourner dans leur famille, on pourra les faire séjourner dans un milieu intermédiaire sous surveillance rigoureuse.

En somme, les progrès de la psychothérapie directe et indirecte des maladies mentales, ainsi que les résultats encore discrets des méthodes somatiques, permettent d'espérer que l'ère du défaitisme à l'égard des psychoses endogènes se terminera bientôt.

DISCUSSION

M. le Professeur H. Steck (de Lausanne). La malariathérapie semble agir chez les schizophrènes en augmentant la perméabilité méningée, ainsi que le montrent les dosages colorimétriques des bromures dans le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien. L'auteur insiste sur le facteur « temps » et sur la nécessité de répéter plusieurs cures psychogènes pour arriver à influencer un processus aussi chronique que celui de la schizophrénie. En ce qui concerne les cures de sommeil, il estime que les perturbations humérales jouent un aussi grand rôle que le facteur psychologique

plus généralement invoqué. Il rappelle enfin qu'il a été le premier à recommander l'emploi de l'insuline dans le traitement des agitations catatoniques.

M. H. Christy (du Mans) estime qu'il faut surtout réserver les thérapeutiques biologiques, par choes, aux schizophrènes dont l'affection est en période d'évolution, et qu'il est préférable de réserver « l'orthopédie morale » aux malades qui ne présentent plus que des séquelles. Il pense que la vivacité des réflexes tendineux indique souvent chez les déments précoces le degré évolutif de la maladie.

M. Jabouille (de Rouffach) souligne les divergences dans les résultats des différents cliniciens qui ont eu recours, pour le traitement des schizophrènes, aux divers genres de pyrétothérapie. La raison en est que l'on a voulu appliquer sans discernement la même méthode aux syndromes essentiellement différents qui constituent le groupe de la schizophrénie.

M. R. Donnadieu (de Ber-Réchid) a constaté que les bons résultats obtenus par la pyrétothérapie soufrée sont ceux concernant les démences précoces survenues comme accident au cours d'une vie précédemment normale, alors qu'ils sont nuls dans les cas où la psychose semble être l'exagération d'une disposition caractérielle anormale. Pour prévenir les rechutes tardives après rémission, il préconise d'effectuer pendant les premières années quelques séries d'huile soufrée à titre de cure d'entretien.

M. P. Verstraeten (de Gand) fixe les indications de l'abcès de fixation à la térébenthine. Il estime que l'impaludation est légitime lorsqu'un accès de psychose périodique devient inquiétant par sa longue durée ; elle est également à conseiller dans les cas de schizophrénie ou de psychose subaiguë mal définie.

M. B. Aschner (de Vienne) vante les résultats de sa thérapeutique « constitutionnelle » au moyen de laquelle il prétend avoir obtenu des succès nombreux.

M. P. Courbon (de Paris). L'isolement individuel, momentanément démodé, est un précieux agent thérapeutique. Non pas l'isolement intégral qui équivaut à la réclusion cellulaire et chronifie le psychopathe dans un syndrome d'immobilisation psychique, mais l'isolement associé à la psychothérapie indirecte qui équivaut à la retraite dans la cellule d'un cloître et qui convient aux misanthropies maniaques des déséquilibrés, affligés d'intolérance médicamenteuse. Dans ces cas, seule la tendance au suicide le contre-indique.

M. A. Walk (de Coulsdon) signale quelques essais thérapeutiques qui ont été tentés récemment en Angleterre, concernant notamment l'emploi de l'insuline, de la mescaline et de la benzédrine.

M. M. Minkowski (de Paris). Au-dessus des divers moyens de traitement, s'élève l'orientation thérapeutique de nos notions cliniques. A ce point de vue l'introduction de la notion de schizophrénie marque une véritable étape. Il ne s'agit pas seulement d'un changement de terme. La notion de schizophrénie de même que celle d'autisme ont ouvert de nouvelles perspectives thérapeutiques. L'attitude à l'égard des malades a changé, sans qu'on puisse le traduire toujours par des mots. Le *spiritus loci*, inspiré par les notions nouvelles, a exercé dans les asiles une influence favorable sur les malades. D'ailleurs, comme l'a montré ce congrès, ce *spiritus loci* s'est répandu en dehors des asiles, et, tel qu'il existe actuellement en Suisse, il fait naître le désir de le voir se transformer en *spiritus mundi*.

COMMUNICATIONS DIVERSES

I. COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

Hérédité des psychoses maniaques dépressives et discordantes,
par M. le professeur H. CLAUDE et MM. G. ROUART et G. DESHAIES (de Paris).

Les auteurs apportent les résultats généraux d'une statistique portant sur 83 familles de malades maniaques-dépressifs et 136 familles de schizophrènes. Ils distinguent trois groupes de faits : ceux à hérédité similaire, dissemblable et mixte. La similarité et la dissimilarité sont en proportion inverse dans les deux psychoses, tandis que les proportions sont sensiblement les mêmes en ce qui concerne l'hérédité mixte.

Leur statistique est en accord avec les travaux des Rapporteurs en ce qui concerne la similarité plus grande dans l'hérédité de la psychose maniaque dépressive, tout en y faisant plus grande la part du polymorphisme.

Du point de vue méthodologique, les auteurs insistent sur la nécessité de partir d'entités psychopathiques bien définies afin d'éviter le cercle vicieux qui consisterait précisément à les définir d'après les résultats de statistiques portant sur des cas vagues. La question du diagnostic et les variations auxquelles elle est soumise font désirer que les choix des observations soient faites par un seul et même auteur.

En ce qui concerne les conclusions doctrinales, les auteurs ne voient dans l'hérédité psychopathique que des prédispositions générales. La génétique leur paraît devoir être étudiée, mais n'avoir pas un rôle exclusif, l'hérédité n'étant ni nécessaire ni suffisante. Enfin l'interférence réciproque des psychoses maniaques, dépressives et discordantes au sein des familles psychopathiques, leur paraît s'accorder avec les faits cliniques qui montrent si fréquemment, se succédant ou s'associant chez un même malade, des états maniaques, dépressifs et discordants.

Premiers résultats de quelques investigations généalogiques en Beauce,
par MM. J. PICARD et Henri EY (de Bonneval).

Les auteurs exposent la généalogie (incomplète en plusieurs points) de trois familles observées pendant cinq générations. Ils insistent : 1° sur le caractère dissemblable de l'hérédité dans une même famille ; 2° sur l'importance possible du point de vue pratique du fait qu'ils ont cru observer, à savoir que les hérédités similaires et touchant de plus près aux syndromes neurologiques (idiotie, démence, chorée) paraissent les plus régulièrement transmissibles ; 3° sur le *mode dominant* apparent de l'hérédité des troubles psychopathiques observés.

Hérédité précessive et stérilisation eugénique dans la manie,
par M. P. SCHIFF et M^{lle} DU TILLET.

Les auteurs exposent un tableau généalogique qui montre la transmission de la tare maniaque dans deux générations, avec transformation, dans la seconde, en démence précoce terminale. La psychopathie a éclaté simultanément chez la mère et deux de ses enfants. Le premier accès maniaque de la mère est postérieur de dix-huit, quinze et douze ans à la naissance des

enfants voués à la psychopathie. Le fait si répandu de « l'hérédité précessive » (Logre et Heuyer) dans la manie est un argument de plus à l'encontre de la stérilisation eugénique dans cette affection, et le tableau présenté corrobore les conclusions d'une généalogie similaire qu'un des auteurs a publiée en 1931.

Une mère et ses trois fils (maniaques-dépressifs ou schizophrènes ?) simultanément internés, par MM. F. ADAM et O. HANSCH (de Rouffach).

Les auteurs, après avoir présenté les observations de leurs quatre malades, affirment qu'il ne sera possible de faire des recherches probantes sur les questions d'hérédité que lorsqu'une loi imposera la rédaction de fiches médicales individuelles, centralisées dans un institut d'hygiène générale. Ce ne sont donc, selon eux, que les médecins de l'avenir qui pourront établir l'importance du facteur hérédité sur l'éclosion des psychoses ou autres maladies.

Le langage intérieur dans l'hallucination psychique,
par M. le professeur P. JANET (de Paris).

Pour bien étudier l'hallucination des persécutés, il est utile de considérer la construction de la personnalité du sujet et de la personnalité d'autrui. Commentant l'observation d'une jeune fille de 32 ans, le grand psychologue montre chez elle l'existence d'hallucinations verbales, dites sensorielles, et d'hallucinations psychiques. Le seul lien qui unisse ces deux sortes d'hallucinations, ce ne peut être l'extériorisation physique, ni le caractère sensoriel qui n'appartient qu'à une seule, mais bien l'extériorisation sociale, l'attribution à une personne extérieure d'une action psychologique qui devrait être attribuée au sujet lui-même. Ce trouble dépend d'une opération psychologique importante et mal connue que l'auteur dénomme *l'objectivation sociale*.

La psychologie dynamique de Pierre Janet à nos consultations,
par M. L. SCHWARTZ (de Bâle).

Les théories de Pierre Janet sont précieuses au praticien pour la compréhension des troubles nerveux et de certains caractères anormaux. Grâce aux notions des forces et de la tension psychologiques, il est possible de préciser la méthode psychothérapique qu'il convient d'employer chez un nerveux.

Remarques sur la conduite humaine et les psychothérapies,
par M. A. LESTCHINSKI (de Territet).

L'auteur, en quelques pages écrites avec beaucoup de finesse d'esprit et de bon sens, retrace la psychologie des « isolés » et recherche les assises psychologiques d'une conduite humaine laborieuse qu'il synthétise dans cette formule : adaptation, amour et détachement.

Considérations sur la pathogénie de l'encéphalite psychosique aiguë. Importance de la réaction cérébrale individuelle, par M. L. MARCHAND (de Paris).

L'auteur expose de nombreux arguments étiologiques, cliniques, biologiques et anatomo-pathologiques qui plaident contre l'hypothèse que l'encé-

phalite psychosique aiguë est d'origine infectieuse ou toxi-infectieuse. Il montre qu'on ne saurait assimiler cette affection à la forme aiguë de l'encéphalite épidémique. Il s'agit d'une encéphalite non suppurée par réaction cérébrale individuelle, par intolérance nerveuse. L'aptitude du cerveau à réagir de façon identique à des causes différentes joue un rôle prédominant.

Valeur diagnostique et pronostique de l'étude quantitative des réagines du sang et du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis du système nerveux, par M. le professeur B. DUJARTIN et M. J. TITECA (de Bruxelles).

L'index de perméabilité méningée présente des caractères remarquablement stables dans les deux formes de la syphilis nerveuse : la para-syphilis et la syphilis cérébro-spinale. Dans la paralysie générale, syphilis allergique tardive, on trouve typiquement un index élevé, supérieur à 1/10 et résistant aux traitements ; dans la syphilis cérébro-spinale, syphilis tertiaire ou allergique, on décèle, au cours d'une première phase, de fortes réactions méningées avec grande perméabilité aux réagines ; mais dans une seconde phase, spontanément ou plus rapidement sous l'effet de la chimiothérapie ou de la malarisation, l'index diminue jusqu'à devenir inférieur à 1/10, voire même nul.

L'établissement de formules humorales précises permet également, de l'avis des auteurs, de juger du pronostic de la paralysie générale : trouver peu de temps après la malarithérapie une formule humorale semblable à celle de la syphilis cérébro-spinale indique vraisemblablement que les lésions de la paralysie générale sont en train de s'allergiser et incite donc, toutes réserves faites sur la possibilité de lésions anatomiques trop profondes du parenchyme nerveux, à porter un pronostic favorable.

Les crises de cataplexie en pathologie mentale,
par MM. G. PETIT et A. BAUDARD (de Ville-Evrard).

Les auteurs ont observé, dans les psychoses et psychopathies les plus diverses, des crises de cataplexie, généralisées ou partielles (membres, maxillaire inférieur), diurnes ou nocturnes, dans la proportion de plus de 10 % des cas. Ces crises d'inhibition brusque du tonus musculaire apparaissent associées ou alternées avec des phénomènes de rigidité motrice, des troubles variés du sommeil, des perturbations des fonctions végétatives. Elles semblent conditionnées par des infections neurotropes chroniques ou à réactivations, dont les localisations se manifestent notamment dans la région du diencephale médian. L'anxiété est très fréquente chez ces malades ; mais, dans certains cas, cet état de l'émotivité n'est pas nécessairement associé à l'apparition de la crise cataplectique.

L'acide ascorbique dans le liquide céphalo-rachidien des malades mentaux, par M.-J. HEERNU (de Bruxelles).

Il existe entre la teneur en acide ascorbique du liquide céphalo-rachidien des malades tranquilles (mélancoliques) et celle des malades agités (maniaques) une différence qui paraît indépendante du régime alimentaire. La valeur moyenne des résultats obtenus dans l'ensemble est de 13,9 mgr. p.m. ; elle est indépendante de l'âge. Quel que soit le taux initial, la

concentration de l'acide ascorbique dans le liquide céphalo-rachidien peut être amenée à une valeur élevée, bien supérieure à la valeur moyenne. La concentration maximale obtenue après épreuve de saturation pourrait donner une valeur normale stable, susceptible de servir de point de comparaison.

Amnésie antéro et rétrograde post-traumatique,

par M. le professeur MAZHAR OSMAN et M. H. DILEK (de Stamboul).

De l'examen critique de trois observations cliniques, il ressort, de l'avis des auteurs, que les cas d'amnésie post-traumatique s'accompagnant d'autres signes graves tels que coma passager, paralysies ou confusion mentale, reconnaissent une origine organique.

Projection de dessins d'aliénés et interprétation diagnostique,

par M. H. PFISTER (de Herisau).

La valeur diagnostique de dessins, exécutés au moyen de cinq crayons de couleur, est jugée d'après les symptômes psychographiques et calligraphiques, l'application des couleurs et le mouvement des traits. Des clichés très démonstratifs illustrent cette intéressante communication.

La folie d'après Erasme et Holbein, par M. P. COURBON (de Paris).

La seule catégorie de psychopathies véritables que l'on puisse identifier dans la satire de l'illusionniste humain est celle des imbéciles. Et dans les caricatures du peintre on voit des nains, des dystrophiques et des pseudopycniques.

La cyclothymie de Marat, par M. J. LÉVY-VALENSI (de Paris).

On peut découvrir chez Marat, en dehors d'un délire du type des persécutés-persécuteurs depuis longtemps admis, des éléments maniaques et mélancoliques occupant la période scientifique comme la période politique de l'Ami du Peuple. On relève une crise à double forme en 1777, une série de crises d'excitation et de dépression de 1788 à 1792, peut-être jusqu'à la mort (1793).

II. COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Mouvements athétoïdes et choréiformes chez le fœtus,

par M. le professeur MINKOWSKI (de Zurich).

Chez le fœtus, des mouvements athétoïdes et choréiformes se produisent certainement à un niveau sous-cortical, bien avant que l'écorce ne soit entrée en fonction, et même à un niveau bulbo-spinal. Toutefois il faut retenir que le mouvement choréique correspond à un niveau fonctionnel et anatomique plus élevé que le mouvement athétosique. Il faut aussi se rappeler que chez l'enfant et l'adulte, avec la migration générale des fonctions vers les hémisphères cérébraux qui caractérise l'évolution psycho- et ontogénique dans la série animale et chez l'homme, l'écorce cérébrale participe

de plus en plus à toutes les fonctions, en empiétant ainsi toujours davantage sur l'autonomie et l'activité des centres sous-corticaux. On peut donc entrevoir qu'une lésion du cortex puisse avoir ses répercussions jusque dans le domaine des mouvements involontaires comme dans celui des réflexes, allant jusqu'à rendre plus ou moins impossibles des phénomènes de cet ordre. Dans un pareil cas, il s'agirait toutefois de phénomènes d'inhibition, d'isolation ou de diaschise partant de l'écorce, et non d'un rapport spécifique et indissoluble entre le cortex et les mouvements involontaires.

Sur la localisation des lésions de la chorée ; à propos de l'hémiballisme,
par M. le professeur J.-A. BARRÉ (de Strasbourg).

L'auteur apporte l'observation et le film d'un cas typique d'hémiballisme chez un hypertendu qui présenta quelques douleurs et un œdème important de la main et de l'avant-bras au début de ses troubles. Il résume ainsi son opinion actuelle sur la topographie des lésions de la chorée : les seuls faits certains concernent la localisation isolée au corps de Luys des lésions dans certains cas de grande chorée et d'hémiballisme. L'hémiballisme n'est pas pour lui essentiellement différent d'une grande hémichorée. Il croit que la chorée ordinaire est donc un syndrome luysien plus ou moins pur, uni ou bilatéral, et qu'après de lui il faut reconnaître des complexes cortico-luysien, strio-luysien, pallido-luysien, rubro-luysien, etc. dans lesquels l'élément choréique est très réduit s'il y a parésie, très modifié s'il y a hypertonie (atétose) et parfois presque absent quand la raideur musculaire est très accentuée. Il expose cette idée comme une attitude que peut prendre l'esprit en face des documents nombreux publiés jusqu'à ce jour ; beaucoup d'auteurs ont négligé l'examen du corps de Luys, ou ont travaillé avant l'époque récente où la valeur pathologique de ce noyau a été reconnue.

Mouvements choréiques bilatéraux tardifs au cours de l'évolution d'une tumeur de la région pédonculo-quadrigémale, par M. le professeur H. ROGER et MM. ARNAUD et J. PAILLAS (de Marseille).

Il s'agit de mouvements choréiques prédominant aux extrémités, rappelant une chorée de Sydenham au début et apparus chez un jeune garçon de 15 ans atteint de syndrome d'hypertension intracrânienne intense avec léger déficit pyramidal gauche, parésie des superogires et paralysie pupillaire bilatérale totale et avec calcifications sous-épiphysaires droites visibles à la radiographie (déviations en dehors de la corne occipitale droite à la ventriculographie).

Chorée chronique avec secousses électriques au cours d'une encéphalopathie infantile hérédosyphilitique, très améliorée par la malariathérapie, par M. le professeur H. ROGER, MM. J. ALLIEZ et J. PAILLAS (de Marseille).

Chez une enfant nettement hérédosyphilitique s'intriqua un syndrome de diplegie type Little, avec troubles intellectuels et épilepsie tardive, et un syndrome choréique avec secousses brusques électriques, secouant tout un membre ou même le tronc, et avec mouvements plus lents choréoathétosiques des extrémités. L'amélioration nette du syndrome choréiforme, obtenue par malariathérapie, se maintient depuis deux ans.

Chorée et maladie de Vaquez, par MM. P. SCHIFF et AJURIAGUERRA (de Paris).

Les auteurs rapportent un cas d'érythémie prolongée qu'ils ont pu étudier cliniquement et anatomiquement, et qui a comporté l'association avec une chorée hypotonique aux accès subintrants, état de mal choréique ayant entraîné la mort. Les lésions sont localisées au tuber, sous forme de désintégration cellulaire et au pallidum sous forme de démyélinisation. Les premières lésions paraissent avoir conditionné la maladie de Vaquez ; les secondes aussi anciennes que les premières, n'ont entraîné la chorée que lors d'une poussée terminale, détruisant les dernières connexions efférentes et le mécanisme étagé de la coordination motrice.

**La chronaxie dans la chorée de Sydenham,
par M. G. BOURGUIGNON (de Paris).**

L'auteur rapporte une observation d'hémichorée qui lui permet de montrer les variations légères de la chronaxie neuro-musculaire du côté de l'hémichorée et les variations de la chronaxie vestibulaire dans cette affection.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans qui, après avoir fait une chorée de Sydenham bilatérale à 19 ans, a eu une rechute sous forme d'hémichorée, après quelques mois de guérison.

Bien que de chaque côté les chronaxies neuro-musculaires restent dans les limites de la normale, l'auteur a trouvé des chronaxies systématiquement plus grandes du côté choréique que du côté non-choréique.

La chronaxie vestibulaire était augmentée des deux côtés, mais plus augmentée du côté choréique que de l'autre.

A la suite d'un traitement par diélectrolyse transcérébro-médullaire de calcium, avec ingestion, la malade a guéri de son hémichorée et l'auteur a vu d'abord les chronaxies neuro-musculaires s'égaliser des deux côtés, puis les chronaxies vestibulaires diminuer et revenir aussi à la normale après trois séries de quinze séances de traitement, séparées par des repos de trois semaines.

Sans généraliser ce cas unique, l'auteur considère qu'il doit y avoir une intervention cérébrale dans la chorée, du fait des variations de la chronaxie vestibulaire ; mais cette observation unique lui paraît plutôt un point de départ pour des recherches futures qu'une base pour tirer des conclusions qui seraient prématurées.

Aspect anatomique de deux cas de chorée aiguë de Sydenham et d'un cas de chorée artériosclérotique, par MM. F. LUTHY et HOTZ (de Zurich).

Présentation de diapositifs. Lésions caractéristiques dans les deux premiers cas : atteinte diffuse du pallidum, ne se révélant qu'au Herxheimer ; atteinte discrète, mais étendue, des régions périventriculaires sous-épendymaires. Lésion typique du troisième cas : état lacunaire et prolifération des cellules de Cajal dans le striatum.

**Syndromes striés hyperkinétiques et troubles mentaux,
par MM. Henri EY et J. PICARD (de Bonneval).**

Les auteurs rapportent cinq observations cliniques. La première (chorée chronique dont un fils est dément précoce) et la deuxième (maladie des tics

avec coprolalie et palilalie) sont présentées comme syndrome neurologique avec retentissement psychique simple (atteinte des fonctions basales sans troubles de la personnalité). La troisième (chorée d'Huntington familiale) montre l'association à une chorée typique de troubles mentaux épisodiques (confusion, fabulation). Les quatrième et cinquième observations sont celles de deux malades présentant des troubles schizophréniques presque démentiels au cours de l'évolution desquels sont apparues des parakinésies expressives très voisines des mouvements cloniques, mais intégrées au délire des maïades. Ils joignent à ces observations la généalogie d'une famille frappée de chorée d'Huntington avec troubles mentaux.

A propos de ces observations, les auteurs mettent en évidence l'opposition des dissolutions fonctionnelles « locales », proprement neurologiques, et des dissolutions « uniformes » selon la terminologie de Jackson.

Maladie de Huntington et schizophrénie, par M. E. EVRARD (de Liège).

Les manifestations psychosiques qui surgissent parfois dans les familles atteintes d'Huntington prennent fréquemment une allure schizophrénique.

L'auteur rapporte un cas de chorée de Huntington classique, avec le cortège habituel des troubles intellectuels et affectifs, ainsi que l'histoire morbide d'une schizophrénie de forme hétérotypique touchant le descendant direct du malade précédent, tous deux appartenant à une famille de choréiques suivie pendant quatre générations.

Tout en marquant la nécessité d'être prudent quant au diagnostic de schizophrénie dans les familles atteintes de chorée héréditaire, il envisage les diverses hypothèses pouvant expliquer l'apparition de pareils cas, et notamment la possibilité d'une atteinte particulièrement marquée du cortex dans le cadre de la dégénération atrophique cortico-striée.

Cet exemple illustre le polymorphisme phénotypique de la maladie d'Huntington.

Un cas d'hyperkinésie généralisée, par M. H. BRUNSCHWEILER (de Lausanne).

L'auteur commente le film d'une malade atteinte d'excitation motrice généralisée et prononcée pour laquelle, manquant le diagnostic précis, il est réduit à s'en tenir aux hypothèses.

Le problème des localisations dans le diencephale, par M. le professeur W.-R. HESS (de Zurich).

Projection d'un admirable film qui montre, outre les détails de la technique imaginée par le physiologiste suisse, les résultats de l'excitation électrique des centres diencephaliques chez le chat.

Le rôle moteur des circonvolutions préfrontales, par M. A. ROUQUIER (de Nancy).

Il résulte de l'examen de 29 blessés du lobe préfrontal qu'on observe très souvent des troubles moteurs du côté lésé, caractérisés non seulement par la gêne des mouvements rapides et délicats des extrémités, mais encore par un déficit moteur global, que mettent en évidence la chute du bras étendu, et, au membre inférieur, les manœuvres de Mingazzini et de Barré.

A ce déficit moteur se superpose souvent un tremblement de type parkinsonien, la réaction dysmyotonique bilatérale, mais plus accusée du côté lésé, l'hypertonie d'effort ou contracture intentionnelle, ébauche de préhension forcée, que la recherche du signe du biceps permet de déceler.

Il faut y ajouter des signes vestibulaires homolatéraux, dont la très grande fréquence permet, avec les seuls signes moteurs déficitaires, d'identifier un véritable syndrome du lobe préfrontal. Les autres troubles fonctionnels décrits depuis longtemps chez les préfrontaux ont aussi été observés, mais sont beaucoup moins fréquents et moins accusés. Il semble bien que le lobe préfrontal ait une action bilatérale à prédominance homolatérale.

Les réflexes dorsaux de l'homme,
par M. le professeur O. VERAGUTH (de Zurich).

L'étude des réflexes dorsaux de l'homme offre un intérêt biologique incontestable. Présents chez le fœtus et très vifs chez le nourrisson, ils disparaissent au cours de l'adolescence, pour réapparaître seulement dans certaines conditions pathologiques. Pour tenter de rendre compte de cette évolution aux diverses périodes de la vie, l'auteur formule l'hypothèse que les réflexes dorsaux de l'enfant, qui pour la plupart du temps est couché sur le dos, servent de réflexes formateurs.

Les anomalies du canal de Sylvius et la pathogénie de l'hydrocéphalie,
par M. le professeur MAZHAR OSMAN et M. I. SCHUKRU (de Stamboul).

A lire une observation anatomo-clinique très complète rapportée par les auteurs, il semble qu'il faille, à côté d'autres facteurs plus généralement invoqués, réserver une place importante aux altérations, congénitales ou acquises, du canal de Sylvius dans la pathogénie de l'hydrocéphalie.

La chronaxie dans les torticolis spasmodiques. Ses variations sous l'influence des éclairages colorés, par MM. G. BOURGUIGNON et M. MONNIER

Dans cette publication, les auteurs confirment d'abord les travaux de l'un d'eux sur la chronaxie dans le torticolis spasmodique, d'après lesquels les muscles qui sont le siège du spasme ont leurs chronaxies normales et sont les antagonistes des muscles déficients du côté opposé, dont la chronaxie est augmentée.

La chronaxie du côté non spasmodique est de 2 à 10 fois la normale. L'intensité du spasme est fonction du rapport des chronaxies des deux côtés.

En soumettant les malades à l'action de la lumière verte et de la lumière rouge, au moyen de lunettes colorées, les auteurs ont constaté que le rapport des chronaxies des deux côtés revient ou tend à revenir à 1, c'est-à-dire à l'égalité des chronaxies, et que le spasme se détend sous l'influence de la lumière verte. Au contraire, la différence entre les deux côtés augmente et le spasme s'accroît sous l'influence de la lumière rouge.

Ces actions sont dues à la longueur d'onde et non à une différence de luminosité; car, d'une part, les auteurs ont veillé à utiliser des verres verts et des verres rouges de même luminosité et de pouvoir colorant intense et, d'autre part, en fermant les yeux du sujet, il n'y a aucune variation de chronaxie.

Ces actions par l'intermédiaire des centres optiques sont un exemple de plus de l'action des centres sur la chronaxie que l'un des auteurs a démontré pour la première fois en 1921 ; elles démontrent l'origine centrale du torticolis spasmodique dit « mental ».

Cette action est passagère et disparaît au bout de 2 heures environ d'application des verres colorés, par accoutumance probablement.

Rigidité catatonique et hypertonies extrapyramidales.

Ce qui objectivement les oppose, par M. A. MIR-SEPASSY (de Téhéran).

Confrontant la rigidité catatonique et les hypertonies organiques — plus spécialement mettant en regard le figé catatonique et le figé parkinsonien — l'auteur s'attache à mettre en évidence ressemblances et différences. Appliquant la recherche du « test du poignet » en attitudes diverses, suivant la technique adoptée par M. le Prof. Froment dans l'examen des parkinsoniens, il a examiné 19 catatoniques. Cet examen l'a conduit aux conclusions suivantes : 1° La rigidité catatonique se révèle essentiellement *capricieuse et inconstante*. Elle apparaît et disparaît sans motif apparent, sans subir les répercussions, les modifications et les variations de l'équilibre statique. La rigidité catatonique n'est donc nullement du type dystasique ; elle diffère objectivement à tous égards de la rigidité parkinsonienne. 2° Sans pouvoir donner encore une explication du mécanisme psycho-physiologique de la rigidité catatonique, on peut néanmoins affirmer que celle-ci n'a rien de commun avec les hypertonies proprement dites et qu'elle ne rappelle en rien les hypertonies extra-pyramidales.

Le syndrome d'Adie en pratique médicale,

par M. le prof. W. LOFFLER (de Zurich).

Le syndrome d'Adie est assez fréquent. On le retrouve dans les cas considérés comme tabès, tabès stationnaire ou d'une progression extrêmement lente.

La signification du diagnostic réside dans le fait d'avoir méconnu une maladie bénigne qui simule le tabès, ce qui a conduit très probablement à considérer le tabès comme étant d'un pronostic moins sévère qu'il ne l'est en réalité. D'autre part, on a soumis à un traitement spécifique des cas de ce genre et on a pris pour efficace une telle thérapeutique en supposant que c'était le traitement qui avait arrêté la progression du tabès, tandis qu'on avait traité une maladie foncièrement bénigne.

Diagnostic précoce de la syphilis cérébrale

par la méthode pupillographique, par M. GUILLEREY (de Nyon).

Ce procédé, dont l'inventeur est le Professeur Löwenstein, consiste à cinématographier l'ensemble de la réaction pupillaire à la lumière. La mensuration des diamètres pupillaires sur le film permet l'établissement d'une courbe de la réaction. Il existe un tracé caractéristique dans la syphilis cérébrale, affection dont cette nouvelle méthode permet un diagnostic précoce, un véritable dépistage en l'absence souvent de toute altération sérologique. Elle rend possible par la répétition de l'examen de l'iris un contrôle de l'évolution progressive ou régressive, de la syphilis nerveuse centrale.

Pupillographie et psychopathie constitutionnelle,
par M. O. LÖWENSTEIN (de Nyon).

A l'aide de la pupillographie, on peut établir une relation entre certaines formes de psychopathies soi-disant constitutionnelles et des réactions pupillaires caractéristiques d'affections cérébrales déterminées. Tous ces résultats permettent d'espérer un démembrement tout au moins partiel du groupe des psychopathies constitutionnelles apparemment si bien fondées sur l'hérédité. Contrairement à ses opinions d'autrefois, l'auteur en arrive à considérer nombre de psychopathies constitutionnelles comme des maladies abortives de cause variable, soit neurologique, soit psychiatrique.

Un cas de parkinsonisme traumatique, par M. G. DE MORSIER (de Genève).

A propos d'un nouveau cas de syndrome parkinsonien apparu à la suite d'un accident de travail, l'auteur développe une fois de plus les arguments qui lui permettent d'affirmer l'origine traumatique des troubles neurologiques.

III. COMMUNICATIONS DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des psychoses par la narcose prolongée; sa technique actuelle, ses résultats, par M. M. MONNIER (de Zurich).

L'auteur attire l'attention des psychiatres de langue française sur les perfectionnements techniques réalisés en narcothérapie par le Professeur Maier et ses élèves.

Depuis 1930, on utilise à la clinique psychiatrique de l'Université de Zurich un mélange narcotique nouveau composé par le professeur Cloetta. Ce mélange, particulièrement actif et peu toxique, se prête avant tout à la narcothérapie des psychoses; il agit à la fois sur l'écorce cérébrale et les ganglions basilaire. Contrairement aux narcotiques utilisés précédemment, il produit un effet quasi physiologique, n'altère pas le système vasculaire et ne déclenche pas au réveil de phénomènes d'irritation corticale.

Le choix des sujets, les soins préliminaires, le contrôle scrupuleux des fonctions cardio-vasculaires, respiratoires et rénales pendant la cure, l'alimentation exclusivement rectale, la bonne hygiène générale, sont d'une importance capitale. Comme indication fondamentale à respecter en narcothérapeutique, l'auteur signale la nécessité d'interrompre la narcose dès que la température dépasse 37°5.

De 1930 à 1934, 125 cures de sommeil par le mélange narcotique de Cloetta ont été pratiquées à la clinique de Burghölzli. Chez 53 d'entre eux il y eut une amélioration incontestable (40 purent quitter l'asile, 13 furent considérablement améliorés). Chez 58 sujets, il n'y eut guère de changements (sinon amélioration passagère chez 19 et rechutes immédiates chez 39). Dans 14 cas, la cure dut être interrompue avant le 4^e jour. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas d'agitation essentiellement psychogène (schizopathies).

Indications et effets de la cure de sommeil, par M. M. BOSS (de Zurich).

L'auteur emploie le mélange de Cloetta contenant des narcotiques corticaux et sous-corticaux dans une proportion telle que les états d'excitation

du simple sommeil barbiturique sont évités. Introduit par voie rectale, ce narcotique permet sans danger de faire dormir les malades sans interruption pendant 8 à 10 jours. Paraissent peu indiqués pour ce genre de traitement les malades ayant une lourde hérédité schizophrénique ou ayant témoigné depuis la jeunesse de peu de vitalité, ainsi que ceux entrés dans la phase chronique de la psychose.

Pour expliquer le mécanisme d'action de cette thérapeutique, diverses hypothèses sont envisagées, notamment celle liant l'amélioration clinique à la récupération des forces psychiques pendant un temps de repos suffisamment long et profond.

Le traitement des toxicomanies par l'insuline,
par M. Th. BRUNNER (de Kusnacht).

Le traitement rapide des toxicomanies par l'insuline est un précieux enrichissement de notre thérapeutique. Appliqué selon la règle, il est sans danger et réduit dans une proportion considérable les désagréments de la période de désintoxication.

Thérapeutique de l'anxiété par la vagotonine, par MM. J. HAMEL (de Maréville), M. DESRUELLES et M^{me} GARDIEN-JOURD'HEUIL (de Ste-Yllie).

Les résultats cliniques semblent indiquer que les facteurs d'hyperémotivité et d'hypersympathiconomie constituent une indication formelle du traitement par la vagotonine. Celui-ci s'avère spécialement efficace chez les anxieux et les psychasthéniques. Les inconvénients de cette thérapeutique sont exceptionnels et bénins.

Opothérapie rénale et délire aigu,
par M. CAPGRAS, M^{lle} E. JACOB et M.-P. DOUSSINET (de Paris).

Les extraits de rein injectables, administrés par la voie sous-cutanée à la dose bi-quotidienne de 2 gr. de pulpe de rein frais, exercent une action remarquable et constante sur l'hyperazotémie des délires fébriles et transforment ainsi le pronostic vital de cette grave affection. Traitement d'urgence et traitement spécifique de la défaillance rénale, les extraits de rein méritent d'être utilisés dans le délire aigu de façon aussi large et systématique que les médicaments de l'insuffisance cardiaque.

Contribution à l'étude et au développement de la thérapeutique biologique dans les maladies mentales, par M. P. DOUSSINET et M^{lle} E. JACOB (de Paris).

Les auteurs insistent sur les notions d'indication thérapeutique et de spécificité médicamenteuse, préconisant le soufre dans les syndromes maniaque, l'or dans les syndromes mélancoliques, l'arsenic dans la psychose obsessionnelle et la névrose d'angoisse.

Une large expérimentation leur a permis d'expliquer les variations de l'activité de ces médicaments dans leurs domaines respectifs par les oscillations de la tolérance sur les organismes des psychopathes. Cette dernière, considérablement abaissée au moment de l'accès peut être cinquante fois

supérieure dans l'intervalle. La thérapeutique doit tenir compte de ces oscillations et ne peut le faire qu'en s'adaptant au degré de tolérance le plus bas ; ce qui conduit les auteurs à préconiser des doses infinitésimales.

Ces dernières se comportent comme des méditations de choc. Lorsque l'organisme réagit favorablement, elles provoquent de légères réactions thermiques ou rhumatismales. Lorsque la réponse de l'organisme est insuffisante, apparaissent des troubles tels que acétonurie, glycosurie, azotémie, que les auteurs interprètent comme des manifestations d'insuffisances viscérales fonctionnelles.

Pour éviter cette réaction déficitaire qui est toujours suivie d'une recrudescence des troubles mentaux, ils préconisent l'association du réactogène infinitésimal spécifique au sérum humain normal en injection intra-veineuse ou aux extraits hépatiques et rénaux en injection intra-musculaire.

Préparations infinitésimales en pratique psychiatrique (Traitements curateurs et traitements préventifs), par M. P. DOUSSINET et M^{lle} E. JACOB (de Paris).

Les auteurs exposent leurs techniques de traitement par l'infinitésimal basées sur une documentation de trois cents observations. Ils utilisent exclusivement les voies parentérales pour administrer des doses de soufre, d'or et d'arsenic de l'ordre du 16^e et du 32^e d'unité clinique qui correspond au 100^e de milligramme de principe actif.

Ils préconisent l'emploi isolé du réactif infinitésimal dans les cas favorables, son association aux extraits hépatiques dans les cas plus difficiles, son association au sérum humain normal ou préalablement enrichi dans les cas plus sérieux encore.

Ils instituent avec succès un traitement préventif chez les périodiques, à raison d'une injection hebdomadaire de la dose curatrice ou dans les cas tout à fait favorables de doses plus élevées.

L'opération des tumeurs intrasellaires par la voie transtethmoïdale de Chiari, par M. le Professeur R. NAGER (de Zurich).

Parmi les méthodes opératoires des tumeurs hypophysaires on est encore en droit aujourd'hui d'accorder une place au procédé transtethmoïdal-sphénoïdal de Chiari pour les tumeurs intrasellaires qui se développent vers le bas et dans la direction du sinus sphénoïdal. L'emploi de ce procédé trouve également son indication dans les affections qui, sans en présenter le tableau clinique typique, rappellent cependant celui de la tumeur hypophysaire et justifient une opération. Cette méthode permet de pratiquer sans danger une mise à jour de la tumeur, une trépanation décompressive, une extirpation partielle. Celle-ci permettra d'une part de décompresser le chiasma par le bas et d'autre part d'obtenir des renseignements sur la nature de la tumeur. Pour les tumeurs kystiques, ce procédé est également à conseiller. Par contre, dans les cas d'hydrocéphalie interne il faut prendre certaines précautions, car l'expérience semble nous montrer qu'il existe un certain danger d'infection du ventricule. Un autre avantage de cette méthode réside dans le fait que dans les cas de tumeurs kystiques trop grosses pour être extirpées en totalité, on peut facilement renouveler les ponctions évacuatrices.

Nouvelle thérapeutique de la névralgie du trijumeau,
par M. A. DINTZA (de Zurich).

L'auteur a pratiqué avec succès, dans sept cas de névralgie grave du trijumeau, la nouvelle méthode de Kirschner qui consiste en l'électrocoagulation du ganglion.

IV. COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE, PROPHYLAXIE ET MÉDECINE LÉGALE

Les éléments psychologiques à apprécier dans l'examen mental de l'enfant,
par M. J. DUCOUDRAY (d'Albi).

Il paraît indispensable, pour avoir de la psychologie de l'enfant une connaissance à peu près complète, de passer en revue au cours de l'examen mental les divers éléments suivants : la perception mentale, l'évocation idéique, l'intelligence, le jugement, la mémoire et l'imagination. Il est particulièrement important de bien définir le caractère, ensemble des dispositions cœnesthésiques, affectives et actives de l'individu, qui jouent un rôle dans la direction de son comportement : ton cœnesthésique, tonus mental, intérêt, passion, émotion, curiosité, émotivité, tendances affectives, sentiments, humeur, activité, volonté et attention devront être systématiquement étudiés.

L'examen psychiatrique des enfants et des adolescents à Zurich,
par M. J. LUTZ (de Zurich).

Encéphalite épidémique et médecine légale,
par M. le Professeur MIZHAR OSMAN (de Stamboul).

Les troubles psychiques très variés que l'on peut constater en dehors du syndrome parkinsonien bien connu, chez des malades atteints d'encéphalite épidémique, offrent un grand intérêt pour le médecin légiste. L'auteur en rapporte de nombreux exemples : troubles du caractère et de la moralité, insociabilité, impulsivité, suicides et assassinats.

Jean TITECA.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE

Physiopathologie du système nerveux. Du mécanisme au diagnostic, par le Dr Paul Cossa, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, neurologue des Hôpitaux de Nice. *Préface* du Dr Clovis VINCENT (1 vol. 690 pages, 193 figures, Masson et C^{ie} édit., Paris 1936).

Très clair, très bien présenté, avec d'abondants schémas et tableaux, le livre de M. Paul Cossa rendra les plus grands services aux étudiants, aux candidats à divers concours, aux cliniciens qui auront souvent à le consulter. En ayant mis au point dans ce volume tout ce qu'il considère comme essentiel parmi les notions physiologiques actuellement acquises, il permettra à beaucoup de combler des lacunes et les aidera à dépister et à comprendre les grands syndromes neurologiques.

Dans la première partie on trouvera l'exposé résumé de notions concernant l'histophysiologie générale, normale et pathologique, et le liquide céphalo-rachidien. La deuxième partie est consacrée à la physiologie normale et pathologique des fonctions de la vie de relation : sensibilité générale, audition, équilibre, goût et olfaction, vue, mouvement, réflexes, motilité (automatique et associée, volontaire, motilité statique et tonus musculaire), régulation des mouvements, syndromes moteurs périphériques, etc. Une troisième partie est réservée à la physiologie générale normale et pathologique du système nerveux de la vie végétative, à quelques fonctions spéciales du système nerveux végétatif (vasomotricité, thermorégulation, sudation et horripilation, trophisme) et à leur pathologie. Enfin, la quatrième partie, intitulée : Système nerveux et vie psychique, termine cet ouvrage par d'importants chapitres consacrés au sommeil, aux aires corticales de réception et de motricité, à l'eupraxie et à l'apraxie, au langage ; le dernier chapitre résume de façon très intéressante les données actuelles sur les bases physiologiques de l'activité psychique (syndrome préfrontal, limites des localisations cérébrales et de la doctrine des centres, réflexes conditionnés, conditions affectives de la vie psychique).

Ce livre facilitera à beaucoup la connaissance indispensable de la physiologie du système nerveux. Car, ainsi que l'écrit dans la préface M. Clovis Vincent, si l'anatomie et la clinique sont à la base de la pratique, la physiologie est à la base du progrès.

René CHARPENTIER.

Précis de Graphologie pratique, par le D^r Camille STRELETSKI, professeur à la Société technique des experts en écriture (1 vol. in-4° 384 pages, avec 500 spécimens d'écritures. Vigot frères édit., Paris 1936).

Sous le titre, beaucoup trop modeste, de précis de graphologie pratique, ce remarquable ouvrage du D^r Camille Stréletski ne se contente pas d'exposer sous une forme très didactique et très démonstrative les notions acquises en graphologie. Il apporte aussi une contribution personnelle particulièrement importante à la séméiologie graphologique dont il serait superflu de souligner l'intérêt en neuro-psychiatrie. Cet exposé, si consciencieux, si documenté, si clair, aussi fertile en aperçus originaux que soucieux de ne rien avancer sans démonstration et sans exemple, a pour but et pour effet de démontrer que la graphologie n'a rien d'une science occulte, ésotérique, mystérieuse, ni d'un art divinatoire. Elle repose sur des signes objectifs, nettement constatables et contrôlables par tous. Elle n'a rien de commun avec des fantaisies d'amateurs.

Le graphisme individuel, personnel, n'étant, en fin de compte, que le modèle calligraphique vu à travers notre tempérament et déformé par ce tempérament, son étude doit participer du regain d'intérêt éveillé actuellement dans toutes les branches de la médecine par la notion de tempérament et de constitution. Gestes, attitudes, dessin symbolique, qui sont les lois de l'écriture, ne sont-ils pas eux-mêmes soumis à l'influence du tempérament ?

Avec le souci de précision et d'exactitude qui le caractérisent, et dont ont parfois manqué ses prédécesseurs, le D^r Camille Stréletski définit d'abord avec soin les termes : écriture, écrit, graphisme, trait. Il différencie ensuite, à l'aide d'excellentes reproductions photographiques de documents judicieusement choisis, une centaine de *tracés-types*, donnant de chaque spécimen une interprétation psycho-graphologique, indiquant aussi où et quand on les rencontre habituellement, leurs associations ou voisinages les plus fréquents. Dans cette première partie déjà, de nombreuses pages intéresseront tout particulièrement le neuro-psychiatre : citons par exemple la séméiologie du *tremblement* et le diagnostic des divers tracés tremblés dont l'auteur donne de nombreux exemples pathologiques. Signalons encore les chapitres consacrés à la vitesse dans le graphisme, à la barre des T, à l'âge et le sexe dans le graphisme. Ce que révèlent les tracés, ce n'est pas, à vrai dire, l'âge de l'état civil, mais l'âge de l'éducation graphique, de la culture et du développement intellectuel, ainsi que l'âge physiologique. Des échantillons d'écriture du même sujet à différents âges et des curiosités graphiques ajoutent encore à l'intérêt de ces chapitres.

Mais nos lecteurs accorderont une attention toute spéciale aux pages consacrées à l'*endocrino-graphologie* et à la *graphopathologie*. Léopold Lévi eut, le premier, l'idée d'appliquer la graphologie à l'étude des états endocriniens, éminemment variables, pour fixer, sous une forme objective et concrète, les améliorations obtenues par l'opothérapie. Et, depuis 1926, M. Camille Stréletski s'est attaché, en des publications successives, à montrer

que, chez les enfants en particulier, les modifications des sécrétions internes obtenues par l'opothérapie s'accompagnent parallèlement de modifications du graphisme, à mettre en évidence aussi les manifestations graphiques en rapport avec l'hypo- ou l'hyperfonctionnement de différentes glandes endocrines.

M. J. Rogues de Fursac a bien mis en lumière l'importance de l'examen des écrits en neuro-psychiatrie et il n'est pas de psychiatre qui n'examine avec soin les écrits de ses malades. Manifestation motrice et langage, le tracé traduit les anomalies de la motilité et les troubles de l'esprit. Joignant à l'autorité de son expérience d'expert en écritures la compétence psychiatrique acquise en suivant pendant plusieurs années les leçons de son Maître Ernest Dupré, M. Camille Stréletski élimine avec soin les interprétations fantaisistes. Mais il montre qu'il n'est guère de symptôme morbide, transitoire ou permanent, qui n'ait quelque retentissement sur le tracé, et étudie les *dysgraphies* successivement dans les dyspnées, les troubles cardio-vasculaires, les intoxications, les maladies nerveuses, les maladies mentales, les troubles visuels, et les constitutions psychopathiques (déséquilibres). Il donne de nombreux exemples et complète cette graphopathologie par l'étude du graphisme dans la constitution émotive de Dupré et dans la constitution cyclothymique. A noter cette image : « Le cyclothymique traverse la vie avec, à sa droite, l'enthousiasme, et, à sa gauche, le dégoût. »

En terminant par un aperçu de *graphothérapie*, l'auteur conclut que, judicieusement appliquées, les psychothérapies graphique et graphologique, qui utilisent les incitations volontaires, peuvent constituer des procédés, auxiliaires sans doute mais non négligeables, de développement du pouvoir frénateur (gestes superflus, intempestifs, nuisibles) ou excitateur (gestes utiles) de l'écorce cérébrale.

Viennent ensuite des pages d'une lecture attachante sur le « *film graphologique* » et sur le « *portrait graphologique* », sur l'expertise et, en particulier, l'expertise des testaments.

Cet excellent livre, luxueusement édité, et dont 500 spécimens d'écriture remarquablement reproduits servent de base au texte, répond à un incontestable besoin. Il rendra les plus grands services aux médecins, aux psychologues, aux pédagogues, aux magistrats. Il ne pouvait être écrit sous cette forme que par un médecin, et par un médecin au courant de la séméiologie neuro-psychiatrique. Il a sa place marquée dans toute bibliothèque médicale, en particulier dans toute bibliothèque d'un service de neurologie ou de psychiatrie où il sera souvent consulté avec fruit. L'étude consciencieuse du graphisme et la critique rigoureuse des signes présentent pour le médecin un intérêt considérable. Tous ceux qui en douteraient et qui consulteront l'ouvrage du Dr Camille Stréletski en seront convaincus.

René CHARPENTIER.

Le fantôme du propre corps (Autoscopie, Sosies) Das Truggebilde der eigenen Gestalt) (Heautoskopie, Doppelgänger), par E. MENNINGER-LERCHENTHAL. fasc. de 196 pages. 74^e supplément de la *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, S. Karger, Berlin, 1935.

L'autoscopie est l'hallucination du schéma postural, telle est la thèse développée dans ce travail très documenté et d'une argumentation méthodique, inspiré à l'auteur par une auto-observation. L'étude clinique et

phénoménologique est contenue dans une première série de chapitres ; elle est suivie par l'étude analytique : psychologique, neurologique, biologique ; enfin, dans les deux derniers chapitres, l'autoscopie est envisagée en tant que phénomène hallucinatoire et traitée dans le cadre général du problème des hallucinations.

L'autoscopie est un phénomène complexe, composé d'éléments optiques, kinesthésiques, tactiles et sensitifs-somatiques. Elle est souvent associée avec des troubles tels que : phénomène des sosies, « déjà vu », appel par le propre nom, transitivity, sensation d'amputation, de polymélie, de présence du membre amputé, enfin avec certains phénomènes de dépersonnalisation. Son existence chez les sujets normaux est prouvée par de nombreux exemples, elle revêt des aspects très variés, suivant l'intensité, suivant la prédominance ou l'absence de tel ou tel élément constitutif (autoscopies non visuelles), ou suivant son caractère partiel ou complet. Elle suppose toujours un état particulier de la conscience, c'est pourquoi elle se produit si facilement dans le rêve et la rêverie. Les autoscopies volontaires et expérimentalement provoquées ne le sont en réalité que par l'intermédiaire d'un état de conscience hallucinogène volontairement créé. Certains facteurs psychiques jouent un rôle favorisant, tels la tendance exagérée à l'autoobservation entretenue quelquefois par un affect profond, les sentiments de solitude, d'étrangeté, les idées de compensation, les représentations pénibles à la conscience, etc.

En pathologie, l'autoscopie est rencontrée au cours d'affections très diverses : psychoses (la rareté relative dans la schizophrénie est plutôt paradoxale), névroses avec dépersonnalisation, aura épileptique, et ce qui est particulièrement instructif, dans certaines infections et intoxications caractérisées par l'existence de troubles intenses de l'activité vestibulaire : typhus exanthématique, paralysie générale en cours de traitement malarique et récurrentiel, haschichisme, cocaïnisme, intoxications par la mescaline et par le sulfure de carbone.

Dans le chapitre consacré à la psychologie, l'auteur étudie l'influence des visions spéculaires, surtout des visions spéculaires imprévues avec les sensations de peur, d'émotion, d'étrangeté qu'elles déterminent, — celle des représentations du propre corps — celle de la sensibilité somatique, — celle de la constitution éidétique, parfois constatée, celle enfin de la disposition aux états de dépersonnalisation. Il approfondit le problème de l'autoscopie volontaire.

Au point de vue neurologique, l'autoscopie apparaît comme un trouble, au sens d'une dysfonction, du schéma postural. Elle est observée parfois dans les lésions de la région pariéto-temporale, qui n'est autre que la localisation corticale de cette fonction. Il s'agit presque toujours de lésions de l'hémisphère droit, mais cela n'autorise nullement à admettre une localisation corticale unilatérale du schéma postural. Celui-ci a des centres sur les deux hémisphères, mais leur signification n'est pas identique, les centres gauches présidant aux éléments supérieurs, optiques, kinesthésiques, tactiles, les centres droits aux éléments inférieurs, somatiques. Ainsi, le phénomène autoscopique des lésions en foyer se présente comme un trouble par dissociation interhémisphérique ; la lésion de l'hémisphère droit abolit la notion de la présence du corps et son intégration dans le moi, et elle libère les éléments optiques et kinesthésiques du schéma, qui sont rejetés en dehors du moi.

La région pariéto-temporale est également l'aboutissant cortical du système vestibulaire, qui joue un rôle capital dans la fonction schématique. Grâce à ses connexions nombreuses, avec les sphères psychique, optique, organo-végétative, etc., il reçoit une foule d'excitations qu'il transmet au schéma postural. De même, des perturbations ayant leur source dans tous ces domaines, peuvent provoquer des troubles dissociatifs de l'activité vestibulaire et retentir, par l'intermédiaire de ces troubles, sur le schéma postural. L'autoscopie, lorsqu'elle se produit en dehors de toute lésion en foyer, doit donc être expliquée par une discordance du fonctionnement des deux hémisphères, sous l'effet d'une discordance du fonctionnement vestibulaire. Cliniquement, cette manière de voir est corroborée par l'association si fréquente, avec l'autoscopie et les troubles apparentés, de symptômes vestibulaires caractéristiques : vertiges et sensations de rotation par exemple.

Autoscopie, « déjà vu », appel par le propre nom, transitivisme, phénomènes de dépersonnalisation ne sont que des variétés d'un même phénomène biologique ; l'autoscopie en est l'expression la plus complète, les autres représentent des formes partielles, abortives. C'est la raison pourquoi ils sont combinés ou se succèdent souvent chez le même sujet.

La nature hallucinatoire de l'autoscopie ne fait pas de doute. Elle peut présenter tous les caractères d'une hallucination vraie, elle peut revêtir aussi les aspects d'une pseudo-hallucination au sens de Kandinsky, ou d'une hallucination psychique. Cette classification est d'ailleurs discutable, et la richesse même des formes de transition observées dans l'hallucination autoscopique, n'est guère en sa faveur. Et c'est précisément aussi l'intérêt que présente l'étude d'une hallucination aussi complexe comme l'autoscopie, de contribuer à une connaissance plus approfondie des hallucinations en général. Déjà les déductions contenues dans le présent travail, rejoignent et corroborent les travaux récents de Mourgue, de Gurewitsch, pour citer les plus importants. Mais dépassant le cadre même des hallucinations, l'autoscopie touche au problème du moi, au problème des rapports entre le corps et l'âme et ouvre à ce point de vue des perspectives nouvelles.

E. BAUER.

Schizophrénie et Mentalité primitive. Etude comparative, par le Dr J. BURSTIN (1 brochure in-8°, 80 pages, Jouve et C^e édit., Thèse Paris 1935).

Sous l'inspiration de M. Lévy-Valensi, la thèse inaugurale du Dr Burstin apporte une nouvelle contribution à l'étude comparative de la schizophrénie et de la mentalité primitive. Après Storch, M. Burstin pense qu'il existe entre la pensée schizophrène et la pensée des primitifs, non pas seulement une ressemblance apparente, fortuite, mais une certaine relation et un mécanisme psychique commun.

Etudiant les pensées schizophrène, primitive et infantile, l'auteur, après avoir noté les analogies de forme (perception en bloc et liaisons intuitives) et les analogies de contenu, met en lumière les différences capitales suivantes : les représentations du primitif ont pour objet le monde ambiant, elles sont perméables à l'action du réel et en subissent le contrôle, tandis que les représentations du schizophrène recrutées en dehors du réel sont imperméables à son action. Normale, la mentalité du primitif n'entrave

pas la vie. Pathologique, la mentalité du schizophrène, amputée de ses sources vives se consume elle-même. La source première des analogies réside dans le fait d'envisager le monde sur un plan purement affectif. D'où l'importance générale, dans la vie psychique, des facteurs non-logiques.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude des formes mentales des tumeurs cérébrales, par le Dr René MATHON. (Travail de la Clinique Neurologique Psychiatrique de M. le professeur J. Lepine). *Thèse* 215 pages. Berthod de Bourg édit. Lyon 1935.

Dans cet important travail fortement documenté, l'auteur s'est proposé non de prouver que les tumeurs cérébrales peuvent se manifester par des troubles mentaux, mais d'essayer de montrer qu'un diagnostic précoce de tumeur, soit chez un malade où l'hypertension ne s'est pas encore installée, soit chez un aliéné chronique ne présentant pas d'hypertension, peut rendre les plus grands services.

Le premier chapitre, purement historique, montre l'évolution des recherches concernant les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales et les résultats qu'on peut oser en espérer.

Dans la seconde partie il a groupé une vingtaine d'observations classées en trois catégories. Celles à troubles mentaux précoces, celles se rapportant aux tumeurs à évolution lente et dépistées tardivement et enfin les cas de pseudo-tumeurs.

Le troisième chapitre est consacré à la séméiologie des troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales que l'auteur répartit en deux grands groupes : a) les troubles qui sont sous la dépendance de l'hypertension intracrânienne quelle que soit la localisation de la tumeur ; b) les troubles qui sont sous la dépendance de la localisation de la tumeur.

Après avoir comparé ces troubles à ceux observés dans les grands syndromes mentaux : psychose maniaque-dépressive, confusion, démences, délire, paralysie générale, l'auteur consacre la dernière partie de son travail à la discussion des formes mentales des tumeurs cérébrales et à l'intérêt que présente leur connaissance.

Selon lui, il n'existe pas à proprement parler de signe psychique pathognomonique des tumeurs cérébrales, celles-ci pouvant simuler les principaux syndromes psychiques (confusion, démence, paralysie générale, délire) et le plus souvent c'est par élimination que l'on arrive à faire le diagnostic. Dans nombre de cas, les troubles mentaux ne sont rapportés à leur véritable cause que lorsque apparaissent d'autres signes faisant penser à l'existence d'une néo-formation intracrânienne.

Il est donc nécessaire, en présence d'un syndrome mental mal défini et chaque fois qu'on aura des doutes sur la possibilité d'une tumeur, de mettre en œuvre tous les moyens d'investigation dont on peut disposer à l'heure actuelle. Il importe en effet de faire un diagnostic précoce avant que soient apparus les signes révélateurs de l'hypertension intra-crânienne. De la précocité du diagnostic et de la localisation de la tumeur dépendent les résultats thérapeutiques.

E. LARRIVÉ.

Contribution à l'étude des algies pelvi-génitales dites névropathiques chez la femme, des douleurs obsédantes en particulier, par le Dr René J. COCHE. (Travail de la clinique neurologique et psychiatrique du professeur J. Lepine). *Thèse* 223 pages, Imprimerie Berthod, Bourg Edit. Lyon 1935.

Dans ce travail, l'auteur apporte des faits qui concernent un certain nombre de ces algies pelvi-génitales de la femme, que leur absence de justification anatomique ou histologique, leur aspect clinique particulier et l'état mental coexistant, ont fait qualifier d'algies névropathiques. Cet ouvrage comprend trois parties.

Dans la première, après un rappel des notions générales sur la sensibilité pelvienne, sont étudiés les trois grands types d'algies qu'on peut rencontrer au niveau du pelvis (Névralgies, Sympathalgies, Douleurs névropathiques) et les syndromes algiques en gynécologie (dysménorrhée, coccygodynie, névralgies ovariennes, névralgies pelviennes, névralgies du nerf honteux interne).

La deuxième partie contient les observations. Celles-ci rapportent l'histoire de malades observées au cours de ces dix dernières années à la Clinique neuro-psychiatrique de la Faculté de Lyon. Toutes ces malades ont été soumises au préalable à l'examen de chirurgiens ou de gynécologues autorisés.

La troisième partie constitue l'étude clinique et thérapeutique. Selon l'auteur, à côté d'algies pelviennes transitoires observées chez les neurasthéniques et ne réalisant qu'un épisode de leur affection, il faut distinguer l'algie intermittente très rare des cyclothymiques et surtout l'algie obsédante rebelle des névropathes anxieux, qui rentre dans le cadre du syndrome d'obsession, certaines de ces algies obsédantes pouvant évoluer vers cette forme d'hypocondrie qui s'apparente à la paranoïa ou même marquer le début d'une psychose discordante.

Les algies obsédantes se manifestent chez des femmes hyperémotives, portant les stigmates d'un déséquilibre neuro-végétatif et qui viennent de subir des chocs affectifs. Leur siège génital et sexuel s'explique le plus souvent par un changement de régime dans leur vie intime : le veuvage, l'abandon, la ménopause avec le sentiment d'incomplétude ou de diminution du sens génésique. Les obsessions douloureuses de la sphère génitale n'étant qu'une manifestation particulière d'une névrose, d'une maladie générale, leur traitement devra être synthétique, c'est-à-dire à la fois physique et moral. La thérapeutique chirurgicale, qui peut s'expliquer par la ténacité de ces sujets à réclamer l'intervention, est le plus souvent aggravante, les agents physiques restent en général sans action, la kinésithérapie peut parfois donner des résultats favorables ; seules la psychothérapie et la dérivation effective exercent, avec les sédatifs généraux, une influence heureuse sur l'évolution de telles douleurs.

E. LARRIVÉ.

PSYCHOLOGIE

Les premières manifestations motrices et mentales de l'enfant, par le Dr Jean WINTSCH (1 vol. in-8°, 175 pages, Payot édit., Lausanne 1935).

Ce livre prend place parmi les travaux où le rôle du mouvement et de l'action dans la formation du psychisme passe au premier plan, alors que

l'ancienne psychologie ne tenait compte que de la sensibilité et des états de conscience qu'elle prétendait en tirer.

Les faits sur lesquels se fonde cette étude sont empruntés à l'observation d'une petite fille par ses parents et accessoirement à des enquêtes faites sur des écoliers et sur des anormaux. On sait ce que la psychologie de la première enfance doit à ces descriptions d'enfants dues à ceux qui peuvent les observer dans toutes les circonstances et à tous les moments de leur existence. Aux remarques déjà faites par les Preyer, les Stern, les P. Guillaume, M. Jean Wintch apporte des confirmations et ajoute de précieuses indications.

Mais il ne se borne pas à une simple récolte de faits. Il s'attache à démontrer par quel mécanisme s'opère le développement psychique. Ce mécanisme est, à son avis, celui des réflexes conditionnés. Leur complexité croît avec la multiplication des circonstances favorables et avec le perfectionnement graduel de l'appareil analyseur qu'est l'écorce cérébrale. Au début réflexes très simples et dont le mécanisme est aisément démontrable, réponses plus ou moins uniformes à des excitations plus ou moins globales. Puis le pouvoir et l'occasion de distinguer entre les excitants et de répondre à chacun par des réactions plus diversifiées entraînent une richesse de vie mentale qui finit masquer plus ou moins la trame dont elle est faite.

C'est exclusivement par le jeu des réflexes conditionnés que J. Wintch veut expliquer toutes les manifestations psychiques jusqu'à celles qui répondent aux fonctions réputées les plus élevées : non seulement les manifestations affectives, mais l'attention, la mémoire, la volonté, l'imitation, le langage. A travers ces différentes étapes le réflexe conditionné, en se répétant et en se diversifiant, fait naître la conscience. La conscience devient elle-même une source d'incitations pour de nouveaux réflexes conditionnés. Ainsi s'élaborent les opérations les plus délicates de la vie mentale.

Il n'est pas douteux que la tentative de Mr. J. Wintch est des plus louables. Il convient, en présence d'une explication qui a réussi, d'en poursuivre l'application aussi loin que possible. C'est le moyen de dissiper les fantômes qui perpétuent dans nos systèmes de connaissances les mythes plus ou moins laïcisés du passé. Mr. Wintch montre en particulier combien sont factices les distinctions en quelque sorte infranchissables que mettent entre nos opérations mentales des mots comme « attention » et « mémoire ». Il semble de pouvoirs essentiellement différents, alors que le mécanisme fondamental des deux opérations peut être semblable. Aux fonctions conçues sous forme abstraite et quelque peu mystique, Mr. J. Wintch substitue le fait singulier, concret, directement saisissable, expérimental et, pourrait-on dire, anecdotique. C'est un excellent travail de préparation, de décapage. Mais il reste à voir ensuite s'il n'y a pas dans la réalité à expliquer quelque chose qui dépasse le procédé d'explication utilisé.

Il est incontestable qu'à l'aide des réflexes conditionnés Mr. J. Wintch arrive à donner des différentes opérations mentales un compte rendu pour ainsi dire littéral. Il peut faire ainsi comme un inventaire du matériel mental. Parvient-il à expliquer l'ordonnance totale de l'activité psychique, ses différents plans, le passage de l'un à l'autre. Je ne crois pas.

Henri WALLON.

L'idée de liberté morale. Essai de vulgarisation critique et de mise au point déterministe, par le Dr Ch. LEURIDAN. *Préface* de M. René HUBERT, Doyen de la Faculté des lettres de Lille. 1 vol. in-8°, 516 pages, Félix Alcan éd., Paris 1936.

Cet ouvrage vient de paraître dans la Bibliothèque de philosophie contemporaine. L'auteur, avec une sorte de confession, d'examen intérieur consciencieux doublé d'un débat contradictoire poursuivi très loin dans toutes les directions, mène de front l'étude des différents domaines scientifiques et n'appuie ses conceptions sur l'idée de liberté morale que sur des faits et des arguments choisis si judicieusement qu'ils semblent décisifs et irréfutables.

Dans les deux premières parties de l'ouvrage (idée-conviction de notre liberté ; la raison), M. Leuridan déblaye en quelque sorte le terrain et entreprend une discussion particulièrement serrée et complète pour démontrer que l'idée de liberté, dans sa formation et son évolution, obéit aux lois d'un déterminisme rigoureux et strictement vérifié jusqu'aux ultimes conséquences.

Dans la troisième partie du livre, l'auteur condense en un raccourci parfaitement étudié l'essentiel de nos connaissances sur les grands problèmes de base, sur tout ce qui confirme plus nettement le déterminisme et, dans cet ensemble philosophique, il passe en revue les notions positives, les aperçus scientifiques et les considérations générales qui constituent un enseignement indispensable au médecin et à l'homme de science.

C'est successivement la physico-chimie, la biologie, l'anatomo-clinique, la physiologie, la psychologie, la sociologie et jusqu'à l'étude du droit et de la linguistique qui sont mises à contribution pour mieux illustrer et sanctionner les principales conceptions qui s'en dégagent. Dans ce réseau serré et continu de faits observés et incontestables, l'auteur, avec un accent de sincérité qu'on ne peut qu'admirer, entraîne le lecteur vers sa conclusion déterministe basée sur les progrès les plus récents.

L. MARCHAND.

MÉDECINE LÉGALE

Les actes anti-sociaux des mineurs épileptisants. Mesures de traitement et de préservation sociale, par le Dr Gilbert BOUCHARD. *Thèse* 112 pages, Bosc et Riou édit. Lyon 1935.

Sous le nom d'épileptisants, l'auteur groupe : 1) Les sujets présentant des crises épileptiques convulsives, avec manifestations psychiques ; 2) Les sujets présentant des équivalents épileptiques psychiques ; 3) Les sujets dont le trouble mental intermittent réalise la seule extériorisation du mal comitial ; 4) Les sujets ne présentant ni crises convulsives, ni équivalents psychiques, mais dont l'état mental présente des troubles qui, rattachés à des faits organiques ou héréditaires, forment un caractère spécial au comportement social toujours à peu près semblable. Le dépistage de cette dernière catégorie demande un examen médico-psychologique approfondi.

Les réactions anti-sociales des épileptisants se produisent, soit d'une façon directe, sous la dépendance immédiate de l'état pathologique, soit d'une façon indirecte, l'épilepsie n'ayant été que la cause de modifications du caractère et de conditions sociales qui ont favorisé la délinquance.

Lorsque le sujet est un épileptisant et le crime ou le délit commis en état de confusion ou d'impulsion inconsciente, sa responsabilité est nulle ; par contre, lorsqu'il s'agit d'une impulsion ou d'un comportement résultant des modifications du caractère ou de l'humeur, sans inconscience ni amnésie, la responsabilité pénale subsiste.

Dans l'un et l'autre cas, les moyens de protection : asile, prison, maison d'éducation surveillée, ne réalisent pas une prophylaxie sociale et individuelle satisfaisante.

Il importe de diagnostiquer et de dépister dès le jeune âge ces épileptisants. Ce dépistage doit s'exercer dans les écoles où doivent être généralisées des consultations neuro-psychiatriques scolaires et dans les prisons par des centres de triage des enfants délinquants.

Quant au traitement de ces sujets, il demande la création de centres spécialisés que l'auteur conçoit sous la forme de villages-écoles. Ces établissements comporteraient les moyens de thérapeutique médicale et hygiénique, donneraient une instruction scolaire et professionnelle, et dirigeraient en particulier l'orientation professionnelle des épileptisants qui resteraient soumis à leur contrôle et à leur surveillance sans limite d'âge.

E. LARRIVÉ.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Persévération (Perseveration), par Kenneth H. ROGERS. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXI, n° 332, p. 138-144, janvier 1935.

La répétition ou la persistance anormale de mouvements est connue en neurologie sous le nom de persévération. Elle paraît impliquer des troubles automatiques en rapport avec l'activité motrice. Ce même phénomène est observé dans le domaine psychologique. Il est constant au cours du développement et tend à être minimisé chez l'adulte normal. Son étude systématique chez l'enfant fournit de précieuses indications sur l'évolution des processus intellectuels et sur leurs modes de régression au cours des états dits d'affaiblissement psychique.

P. CARRETTE.

Persévération et Caractère. Quelques recherches et une hypothèse (Perseveration and Personality : Some Experiments and a Hypothesis), par Raymond B. CATTELL. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXI, n° 332, pp. 151-167, janvier 1935.

Considérée du point de vue psychologique, la persévération se présente chez l'adulte avec des caractéristiques dont l'analyse renseigne sur les tendances, les complexes et l'activité psychique présente. Elle a surtout été

décrite dans les états pathologiques graves. Elle atteint alors des proportions extrêmes, devient pauvre de contenu idéique. M. Cattell estime qu'il est beaucoup plus profitable de rechercher si la persévération est faible ou élevée chez un sujet ne présentant pas d'affaiblissement intellectuel. Il constate l'importance du facteur racial, des conditions familiales, de la fatigue. La persévération est considérable dans le déséquilibre émotif de l'instinct frustré qui prépare l'obsession, dans la schizoïdie, le désintérêt pour le pragmatisme, les tendances contemplatives et solitaires.

P. CARRETTE.

Le signe du miroir dans la démence précoce, par le Professeur P. OSTANCOV.
Sovietskaia Psychonevrologia, T. X, n° 6, 1934.

L'auteur a eu l'occasion d'observer le signe du miroir, décrit par M. P. Abély dans de nombreux cas de démence précoce. Ce signe se manifeste sous deux formes : 1° au début de la maladie, il est, soit lié aux idées hypocondriaques, soit assimilable à une manifestation de narcissisme ; 2° à la période avancée de la maladie, ce signe revêt un autre aspect. Il apparaît alors comme une manifestation de stéréotypie ou de l'éveil passif de l'attention. A la période du début, le signe du miroir a une grande valeur diagnostique et pronostique.

FRIBOURG-BLANC.

A propos du problème de la schizoïdie (Zum Schizoïdproblems), par E. STRANSKY. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 92, fasc. 6, 1936.

Dans cet article, le psychiatre viennois constate le rapprochement entre ses conceptions et celles de Berze, autrefois si opposées. Il précise ses points de vue. Il maintient, contre Berze, sa conception de l'attention, fonction thymopsychique. Certes, dans toute activité psychique supérieure des éléments noopsychiques et thymopsychiques interviennent à la fois, leur action est combinée, accordée, harmonisée grâce à la fonction de la taxie psychique, fonction qui se superpose en grande partie avec ce que Berze a désigné du nom de synergie psychique. C'est le trouble de la taxie psychique qui représente le radical commun des états schizoïdes et des psychoses schizophréniques, tout en ne se manifestant pas avec les mêmes aspects et la même intensité. Car l'auteur approuve pleinement Berze, quand celui-ci réclame la distinction de nature entre la schizoïdie et la schizophrénie, et notamment entre les psychoses réactives schizoïdes et les psychoses schizophréniques vraies.

E. BAUER.

Du développement des hallucinations chez les schizophrènes, par M. A. S. POZNANSKI. *Sovietskaia Psychonevrologia*, T. X, n° 6, 1934.

Chez sept malades atteints de schizophrénie avec hallucinations, l'auteur étudie divers stades de développement de ces hallucinations. Ces stades sont liés entre eux, car ils peuvent passer de l'un dans l'autre. Ce passage est un phénomène réversible. Chez le même malade, les pseudo-hallucinations peuvent devenir des hallucinations vraies et redevenir ensuite des hallucinations incomplètes.

FRIBOURG-BLANC.

La sincérité schizophrénique, par I. IMBER. *Rassegna di Psichiatrici*, janvier 1936.

Cette sincérité spontanée se retrouverait, d'après l'auteur, à la période initiale de la schizophrénie.

Sincérité particulièrement frappante, car elle extériorise les secours les plus cachés de la vie affective et de l'instinct sexuel avec « rapidité et désinvolture ». Il accorde une importance particulière, tant diagnostique que psychologique et médico-légale.

Paul ABÉLY.

Tuberculose et démence précoce (Tuberculosis e Demenza precoce), par G. CARDINALE (Palermo). *Il Cervello*, septembre 1935, p. 261 à 272.

De quelques recherches personnelles (20 cas avec observations rudimentaires) et après un exposé sommaire des recherches des autres, l'auteur conclut qu'il existe des modifications biologiques et humorales chez les déments précoces, analogues à celles que l'on rencontre dans les tuberculoses avec lésions en foyer, latentes, circonscrites et bénignes. Il a étudié l'épreuve à la tuberculine, la déviation du complément, la vitesse de sédimentation et les fonctions du système réticulo-endothélial (ces dernières par l'épreuve au rouge de Congo).

Henri Ey.

Tuberculose et maladies mentales, par A. BONHOUR. (*Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal.*, 22^e année, n° 131, octobre 1935).

L'étude de dix malades, pris au hasard parmi les déments précoces de la Clinique psychiatrique, n'a donné à l'auteur aucun motif de penser que la tuberculose puisse être une cause de l'affection mentale. Deux malades présentèrent, au cours de leur aliénation, des processus de tuberculose pulmonaire, sans que la symptomatologie mentale se modifie pour cela. La preuve de l'activité tuberculeuse des malades fut recherchée à l'aide de diverses réactions sérologiques : Besredka, Vernes et Wassermann et les résultats obtenus furent les suivants : 3 cas franchement positifs, 2 cas légèrement positifs, 4 cas douteux et 1 cas négatif. Les antécédents de tuberculose dans la famille furent plutôt négatifs.

En somme, l'étude de ces dix malades et le dépouillement des travaux des auteurs argentins et étrangers font croire à M. Bonhour que les cas dans lesquels on peut attribuer à la tuberculose la production d'une maladie mentale chronique sont relativement peu nombreux dans la population des asiles. Il y a lieu de continuer les travaux en recherchant systématiquement les lésions anatomo-pathologiques inflammatoires du cerveau et des méninges.

LAUZIER.

Les catatonies toxi-infectieuses, par H. BARUK. *La Médecine*, n° 2, pp. 145-157, février 1935.

Les données cliniques et expérimentales récentes nous ont révélé des catatonies au cours de l'encéphalite épidémique, des colibacilloses, de la tuberculose, de l'alcoolisme chronique, de la typhoïde, des streptococcies. Les perspectives thérapeutiques en sont renouvelées. M. Baruk considère

que les mécanismes psycho-moteurs délicats, troublés dans la catatonie, ne sauraient être atteints par une invasion microbienne massive. Il s'agit d'attaques moins brutales, mais tout aussi meurtrières pour la cellule et la fibre nerveuses. Les troubles seraient liés à l'action des toxines microbiennes et aux viciations humorales.

P. CARRETTE.

Influence de l'infection sur la structure des psychoses, par M. E. R. CHPIC (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, nos 4-5, 1935, pp. 105-109).

S'il arrive qu'une infection apparaissant au cours de certains cas de maladies mentales n'introduit aucun changement dans le tableau clinique de celles-ci, il est non moins vrai que, dans d'autres cas, l'infection provoque un syndrome hétéronome et fait apparaître une psychose exogène. La période de transition présente alors un intérêt particulier. Souvent, l'infection donne à la maladie mentale primitive des traits hétéronomes. Des symptômes nouveaux apparaissent. Il se produit une reconstruction du tableau clinique de la psychose, avec apparition de « parasymptômes ». La connaissance et l'analyse de ces états permet d'établir le diagnostic exact et d'établir une thérapeutique appropriée.

FRIBOURG-BLANC.

Du délire aigu primitif, par M. DEROMBIES et A. DESCHAMPS. *L'Avenir Médical*, n° 5, pp. 154-157, mai 1935.

Le délire aigu est un syndrome psychiatrique dont la réalité a résisté aux évolutions des conceptions théoriques. Actuellement, on le sépare nettement des psychoses sensorielles et des délires liés aux maladies infectieuses. Il est lui-même vraisemblablement l'expression d'un état toxoinfectieux dont l'agent est inconnu. La conception de l'encéphalite psychosique azotémique de MM. Toulouse, Marchand et Courtois représente assez bien la synthèse des documents que nos connaissances présentes nous permettent de réunir sur le problème du délire aigu primitif.

P. CARRETTE.

Des états d'ivresse alcoolique (Ueber alkoholische Rauschzustände), par H. BINDER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXV, 2 et XXXVI, 1, 1935.

L'ivresse, dans ses formes simples ou normales, comporte les deux stades successifs suivants : stade d'excitation sous-corticale, peu important et très passager, stade de paralysie fonctionnelle descendante. Ce dernier est accompagné au début de phénomènes de libération de fonctions inférieures, il est caractérisé, d'autre part, par un trouble psychique fondamental : l'obnubilation intellectuelle. En partant de ces données, on divise aisément les formes anormales de l'ivresse en deux catégories : ivresses quantitativement anormales ou « compliquées », et ivresses qualitativement anormales ou pathologiques. L'ivresse compliquée est caractérisée par l'intensité et la brusquerie exagérées des phénomènes d'excitation, d'obnubilation, de libération. Le contrôle psychique est souvent perdu, d'où réactions en opposition avec les tendances normales du sujet. L'auteur décrit divers types d'ivresse compliquée. — Dans l'ivresse pathologique, on est en

présence de troubles de la conscience qualitativement différents de l'obnubilation intellectuelle. Ces troubles apparaissent avec une brusquerie explosive, dès le début, et en même temps que l'excitation. L'auteur distingue deux formes : l'ivresse crépusculaire, et l'ivresse « délirieuse », qui n'est qu'une forme abortive du délirium tremens. Au point de vue médico-légal, la classification établie par l'auteur est importante : la responsabilité est à considérer comme entière dans l'ivresse simple, elle est atténuée dans l'ivresse compliquée, elle est nulle dans l'ivresse pathologique.

E. BAUER.

Contribution casuistique à la pathogénie des psychoses alcooliques. (Kasuistischer Beitrag zur Pathogenese der Alkoholpsychosen), par H. COSACK. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Vol. 92, 2, 1935.

Un sujet, dont la prédisposition psychopathique est prouvée par l'anamnèse, est atteint d'hallucinoïse aiguë, à la suite d'excès intenses. Une tentative de suicide, commise sous l'empire des hallucinations auditives, provoque un délirium tremens. Cette observation inspire des considérations sur la pathogénie des deux psychoses éthyliques : l'hallucinoïse éclate sur un terrain prédisposé, parfois après des excès modérés seulement, le délirium suppose généralement une altération somatique grave agissant comme cause de déclenchement.

E. BAUER.

Delirium tremens et plaies infectées, par Henri DAMAYE. *Le Progrès Médical*, n° 16, pp. 657-658, 20 avril 1935.

Le délire de l'alcoolique se transforme en délire aigu par le réveil de toxoinfections latentes ou occasionnelles. Cette théorie est vérifiée par M. Damaye dans un cas de plaies infectées chez un délirant alcoolique halluciné. La psychose toxi-infectieuse est traitée efficacement par l'électrargol dans l'observation présentée.

P. CARRETTE.

Sur la toxicomanie (Contribution à la science des toxiques et leur réaction psychique), par A. M. MEERLOO, de LA HAYE. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, X, 1 et 2, 1935, Copenhague.

L'auteur expose ses vues sur un certain nombre de problèmes, cliniques, psychologiques et psychopathologiques, biologiques, thérapeutiques, se rattachant aux toxicomanies. Dans de brefs chapitres successifs, il traite : 1) des effets psychiques généraux ; effets spécifiques et réactions électives dus à chaque toxique ; types de réaction constitutionnelle ; éléments de disposition cachée, mis en évidence sous l'influence du toxique ; — 2) manière de s'habituer au toxique : rôle de l'habitude et rôle de la manie ; — 3) choix spécifique du toxique et les éléments qui y contribuent : jouissance, ivresse, propension ; — 4) psychologie de la satisfaction narcomane ; — 5) réaction physique contre le toxique, abstinence, thérapie. Dans les deux derniers chapitres, il convient de relever surtout l'importance accordée aux facteurs psychologiques d'ordre psychanalytique et celle d'une psychothérapie de longue durée faisant suite à la cure de désintoxication proprement dite.

E. BAUER.

Etats oniriques, pseudo-hallucinatoires et obsessionnels à contenu mystico-sexuel dans l'encéphalite chronique épidémique (Stati onirici, pseudo-allucinatori ed ossessivi a contenuto sessuale-mistico nella encefalite oronica epidemica), par Iacopo NARDI (S. Antonio Abate-Feramo). *Archivio generale di Neuro-Psch. e Psicoanalisi*, juin 1935, p. 237 à 248.

A propos d'une nouvelle observation de troubles mentaux dans l'encéphalite chronique avec épisodes hallucinatoires nocturnes, l'auteur passe en revue le problème de l'activité hallucinatoire et attribue une grande importance dans le déterminisme des états de délire hallucinatoire avec troubles des fonctions hypniques dues à des lésions sous-corticales, conformément aux travaux récemment publiés en France et que l'auteur expose très clairement.

Henri Ey.

Contribution au problème des hallucinations hémianopsiques. (Beitrag zur Frage der hemianopischen Halluzinationen), par R. KLEIN. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Vol. 92, 3, 1935.

Un malade qui souffrait depuis l'âge de 16 ans de migraine accompagnée de photopsies élémentaires, est atteint à 42 ans d'hémianopsie droite définitive et présente, à partir de ce moment, des hallucinations visuelles différenciées dans le champ hémianopsique. Chez un autre malade, atteint d'hémianopsie et d'hémi-parésie gauche, en rapport avec un foyer de ramollissement, des hallucinations hémianopsiques différenciées (figures d'hommes) coexistent avec des troubles prononcés d'agnosie visuelle et de désorientation spatiale. Le caractère permanent des hallucinations hémianopsiques dans ces deux cas, a permis à l'auteur une étude approfondie, qui lui a inspiré des considérations sur la physiopathologie de ces troubles. Il faut admettre une distinction fondamentale entre les photopsies élémentaires dues à une excitation de l'écorce visuelle et les hallucinations hémianopsiques différenciées, qui ne se produisent qu'en cas de suspension de la fonction visuelle corticale. D'autre part, les hallucinations hémianopsiques représentent un phénomène pathologique particulier, comparable ni aux perceptions, ni aux représentations normales, ni aux hallucinations des psychoses.

E. BAUER.

Remarques sur les états dits hallucinatoires et leurs rapports avec le fond mental du sujet, par Henri CLAUDE. *Le Progrès médical*, n° 23, pp. 954-958, 8 juin 1935.

Pour M. Claude, à part l'hallucinoïse, les états hallucinatoires constituent une tendance à la projection extérieure des éléments de la personnalité troublée, association des éléments sensoriels, soit sous forme d'hallucination véritable, soit plus souvent sous forme de pseudo-hallucination. L'ensemble que l'auteur désigne sous le nom de *syndrome d'action extérieure* forme un élément psychopathique inclus dans un syndrome plus vaste et comprend tous les degrés, du plus léger au plus profond affaiblissement intellectuel, suivant qu'il sert de composante à un état confusionnel, à une psychose paranoïaque, schizophrénique ou hétérocatatonique.

P. CARBETTE.

Un cas d'amnésie rétrograde portant sur une période de 11-12 ans. Étiologie ? (Ein Fall von retrograder Amnesie über einen Zeitraum von 11-12 Jahren. Ätiologie), par H. HOFMAN-BANG. *Acta psychiatrica et neurologica*, X, 1-2, 1935, Copenhague.

L'observation concerne un homme de 52 ans, qui, à la suite de traumatismes psychiques (déboires financiers), fut atteint d'une amnésie rétrograde passagère, portant sur les douze dernières années de son existence. L'auteur attribue une grande importance au facteur psychogène, sans méconnaître le rôle prédisposant des troubles somatiques constatés : excès alcooliques modérés, artériosclérose ayant déjà provoqué un ictus hémiplégique.

E. BAUER.

De quelques délires de négation systématisés (Su alcune deliri di negazione sistematizzati), par Iacopo NARDI (S. Antonio Abate di Teramo). *Revista di Pato-nerv. e mentale*, mai-juin 1933, p. 664 à 674.

Seules les six observations dont la brièveté est proportionnelle à l'intérêt sont à retenir (méconnaissance systématique de la mort, du mariage, de la paternité).

Henri Ey.

Un cas clinique typique de syndrome de Cotard suivi de guérison (Un caso clínico típico del síndrome de Cotard seguido de curación), par Adolfo M. SIERRA et Juan Antonio GUIXÁ. *La Semana Médica*, n° 2160, pp. 1643-1650, 6 juin 1935.

Le syndrome de Cotard est généralement considéré comme une forme d'évolution de la mélancolie vers la chronicité. Il témoigne en effet d'une perturbation profonde de la cœnesthésie, annonçant un délire progressif, prélude de l'affaiblissement intellectuel. Toutefois, la mélancolie vraie, non symptomatique d'une démence organique, peut s'accompagner de grosses perturbations fonctionnelles pendant des mois, d'anxiété ou de délire de négation sans aboutir à la démence et l'évolution favorable du syndrome peut être un précieux enseignement pour le clinicien dans ses observations de délires hypocondriaques.

P. CARRETTE.

Le sentiment d'irréalité, signe différentiel des dépressions légères (The Feeling of Unreality as a Differential Symptom of Mild Depressions), par Joseph C. YASKIN. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIII, n° 2, pp. 368-378, février 1935.

Au début d'une crise de dépression, les signes somatiques, l'angoisse et les préoccupations hypocondriaques créent fréquemment un polymorphisme qui gêne le diagnostic. Pour distinguer les formes simples de mélancolie des névroses et des psycho-névroses, M. Yaskin attire l'attention sur la constance du « sentiment d'irréalité », forme atténuée de dépersonnalisation, dans laquelle le patient prend conscience de ses réactions anormales et de ses modifications physiques et mentales.

P. CARRETTE.

De quelques importants problèmes pratiques de la pathologie héréditaire du groupe cyclothymique (Über einige praktische wichtige Probleme aus der Erbpathologie des zyklischen Kreises), par Hans LUXENBURGER (de Munich). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, Tome CXLVI, p. 87 à 125.

Cette étude d'un des psychiatres les plus connus pour les recherches généalogiques dans le sens de l'eugénique de Rüdin, porte sur trois groupes de jumeaux. Le premier couple (deux jumelles) était univitellin et à hérédité cyclothymique (concordante). Le deuxième (deux jumelles) était également univitellin, mais d'hérédité discordante. Le troisième, constitué aussi de deux jumelles univitellines, était d'hérédité « concordante-discordante ». L'étude de ces cas n'est qu'un prétexte pour l'auteur à envisager dans son ensemble l'hérédité cyclothymique. Le tableau statistique n° 4 donne les proportions de maladies mentales, à type maniaco-dépressif ou autre que l'on observe : 1° quand les deux parents sont tous deux maniaco-dépressifs ; 2° quand un parent est maniaco-dépressif et l'autre présente une autre variété de cyclothymie ; 3° quand un parent est maniaco-dépressif et l'autre ne présente aucun trait cyclothymique. Le tableau n° 5 est d'une importance considérable puisqu'il porte sur 2.473 personnes de plus de 30 ans à hérédité cyclothymique. Sur ce total, il a été noté 86 folies maniaco-dépressives ; 77 personnes suspectes (verdacht) de folie maniaco-dépressive, 72 individus dangereux au point de vue de la transmission héréditaire cyclothymique et enfin 207 individus dangereux au point de vue eugénique en raison de troubles mentaux divers, soit un total de 442 individus tarés sur 2.031.

Dans ses conclusions, l'auteur se croit autorisé à dire que « les psychoses maniaco-dépressives ne sont pas des majorations ou des exacerbations de manifestation psychopathiques et des oscillations normales, mais en tant que biologiquement autres, elles supposent une structure génotypique tout à fait déterminée, vraisemblablement de mode polymère-homozygote. En ce sens, elles doivent être considérées comme pratiquement différentes des psychopathies et des spécificités de tempéraments du groupe cyclothymique. Ces dernières constituent apparemment le phénotype des porteurs de prédispositions partielles ».

L'étude des jumeaux rend vraisemblable le fait que certains symptômes qui n'appartiennent pas à la description classique des psychoses maniaco-dépressives, font partie de la maladie. C'est le cas en particulier des hallucinations verbales. C'est, dit Luxemberger, en terminant par cette remarque assez banale, les dispositions fondamentales de l'humeur qui constituent le caractère héréditaire de la folie maniaco-dépressive comme du groupe cyclothymique. Comme on le voit, l'intérêt de ce travail est de séparer les psychoses maniaco-dépressives des constitutions cyclothymiques en donnant à cette distinction la valeur de l'opposition génotype — phénotype en biologie.

Henri Ey.

La situation des familles nombreuses par rapport aux différentes formes d'arriération mentale (Influence of Size of Family upon the Characteristics of the Mentally Deficient), par Neil A. DAYTON. 90^e Meeting Annuel de l'American Psychiatric Association, New-York, 28 mai-1^{er} juin 1934 in *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXVI, n° 4, pp. 799-832, janvier 1935.

L'auteur a examiné 20.473 arriérés dans les écoles publiques du Massachusetts, en tenant compte de la situation familiale et tout particulièrement

du nombre et du degré d'intelligence des collatéraux. Il établit, relativement à cette situation, l'intelligence-quotient des sujets, l'arriération des frères et sœurs, le degré d'instruction (lecture, langage et arithmétique), les défauts physiques, la conduite, la paresse, les traits de personnalité, etc... S'il apparaît que les familles nombreuses réalisent une situation défavorable pour le développement intellectuel, par contre elles comportent moins de risques de désordres affectifs et d'anomalies du caractère.

P. CARRETTE.

De la psychomotricité mimique des enfants arriérés (Über die mimische Psychomotorik oligophrener Kinder), par M.-I. DOZENKO (Charkow). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und. Psych.*, Tome CXLVI, p. 439 à 453.

Les recherches de l'auteur ont porté sur 100 enfants qu'il a répartis, soit selon l'échelle du développement mimique psychomoteur de Kwint, soit selon l'échelle de Binet et Simon. La statistique analytique a porté sur des épreuves ou des réactions mimiques (cf. tableau 2). Les conclusions de Dozenko se résument ainsi : la mimique affective des oligophrènes est très pauvre, il y a une corrélation entre le développement psychique et les capacités mimiques ; l'échelle métrique de la psychomotricité de Kwint est d'une grande utilité pour le diagnostic, la répartition et l'orientation des enfants anormaux.

Henri Ey.

La tête pendante des enfants symptôme de l'oligophrénie, par R. LOMBARDI. *L'Ospedale Psichiatrico*, Naples, octobre 1935.

L'auteur démontre que le phénomène de la tête pendante par brusque relâchement des muscles du cou chez les enfants est souvent l'unique et évidente expression d'une encéphalite du type torpide, qui se révèle par ailleurs par des manifestations d'insuffisance mentale.

Paul ABÉLY.

Psychose et cancer, par Henri DAMAYE. *Le Progrès Médical*, n° 10, pp. 405-406, 9 mars 1935.

L'évolution latente d'un cancer s'observe relativement souvent chez l'hypocondriaque à hérédité chargée, en particulier chez l'hérédosyphilitique. La question se pose alors des rapports de la psychose avec l'évolution du néoplasme. Et plus spécialement quand il s'agit de cas atypiques comme dans l'observation de M. Damaye, où un jeune homme de 23 ans présente un cancer à point de départ pancréatique tendant à une diffusion par métastases rapide et intense.

P. CARRETTE.

Pour l'histoire de la paralysie générale (Per la storia della paralisi progressiva), par ALBA COEN BERNUMFANTE (Pesaro). *Giorn. di Psichia'ria e di Neuro.*, II, 1935, p. 228 à 240.

Article historique sur la paralysie générale. A noter seulement le passage où l'auteur parle de l'opinion de Daraszkievich sur le rôle de la vaccination anti-variolique dans le déterminisme de la paralysie générale. Cet article est illustré par la fameuse gravure d'Hogarth, « la vie du libertin »...

Henri Ey.

Fréquence de la paralysie générale chez l'indigène de Cochinchine, par M.-P. DOROLLE (Présentation faite par Thirouze). *Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 14 janvier 1936.

Alors que la rareté de la syphilis nerveuse et de la paralysie générale est généralement admise en ce qui concerne les races indigènes des pays tropicaux, l'auteur montre que nombre de travaux publiés ces dernières années sont faits pour prouver que les localisations nerveuses de la syphilis sont fréquentes chez l'indigène de Cochinchine. Il rapporte lui-même une statistique de 27 cas de maladie de Bayle, observés en 18 mois sur un total de 298 malades. Pour chacun d'entre eux, le diagnostic a été confirmé par un examen biologique soigneux et complet. L'étude de ces cas permet de faire quatre remarques intéressantes, quoique paradoxales.

Tout d'abord, du point de vue clinique, il ressort que la paralysie générale observée en Cochinchine n'a d'autre particularité que sa tendance à l'évolution rapide. En second lieu, les antécédents de ces malades ont été suffisamment connus dans 14 cas, pour qu'il soit permis d'affirmer, comme d'autres travaux l'ont montré pour le tabès, que l'application des thérapeutiques modernes ne pouvait être invoquée ici comme étiologie, ainsi que le veut la théorie de Sézary.

En outre, dans tous les cas rapportés, sauf quatre, les malades étaient des paysans ou des coolies, exposés depuis l'enfance à une forte insolation et à des infections cutanées diverses : Nouvelle considération dont s'empare l'auteur pour conclure qu'on ne peut, devant ces faits, accorder aux rayons solaires et aux traumatismes cutanés une action allergisante favorisant le dermatropisme du fréponème, comme on l'a soutenu. Enfin, tous ces malades vivaient en milieu d'endémie palustre depuis leur enfance et 15 d'entre eux étaient atteints de paludisme vérifié, dernier fait grâce auquel l'auteur déclare erronée la croyance de certains à la vertu protectrice de l'hématozoaire contre le neurotropisme du virus.

Maurice LECONTE.

L'aliénation mentale à Madagascar, par V. L. HUOT. *Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales*, T. XXXIV, n° 1, pp. 5-38, janvier-février-mars 1936.

Les manifestations psycho-névropathiques originales observées à Madagascar se bornent à 2 séries de faits à propos desquels la documentation nous vient d'anciens auteurs. Ils ont été l'objet de mémoires concordants publiés depuis la colonisation. Les Ramanenjana et les Sarimbavy — puisqu'il faut les appeler par leur nom — ne sont pas des entités nosologiques, mais des ensembles pathologiques dont l'unité s'est forgée au gré des épidémies, des habitudes et des préjugés. La perversion des Sarimbavy est une androgynie acquise, favorisée par le désir des parents d'élever une fille et déçus par la naissance d'un garçon, mais aussi liée à une prédisposition certaine.

Le terme populaire de Ramanenjana désigne 2 types de réaction, d'une part une psycho-névrose collective dont les manifestations paroxystiques frappaient les débilés, les hystériques et servaient aux agitateurs malgaches, grâce à un appoint mystique, à des fins politiques, d'autre part des cas isolés de confusion ou de manie avec onirisme, fortement teintés par des suggestions stéréotypées et rituelles venant de l'entourage.

Deux autres facteurs étiologiques ne doivent pas être oubliés dans une

telle étude, le paludisme et la syphilis. Pour le médecin malgache Andrianjafi, c'est le paludisme qu'il faudrait mettre à l'origine des manifestations du Ramanenjana. Ajoutons les nombreuses maladies infectieuses et parasitaires, l'habitude de fumer le chanvre indien, l'alcool, les carences alimentaires et nous arrivons à la conclusion de M. Huot que les facteurs psychologiques créés par le conflit entre les tendances indigènes et celle que leur inculque la civilisation européenne n'ont qu'une importance bien minime.

Madagascar possède, depuis 1902, des services hospitaliers consacrés aux malades mentaux. Les observations de M. Huot ont été effectuées à l'Asile d'Anjanamasina, ouvert en 1912. Il abrite en moyenne 180 malades indigènes. Seule l'inspection comprenant 3 fonctionnaires est européenne. Malgré l'insuffisance des moyens, les considérations et les statistiques de l'auteur montrent la rareté des délires si fréquents dans nos Asiles, psychoses hallucinatoires ou autres liées aux complications et aux artifices de notre activité psychique. Par contre, les psychoses affectives sont courantes et leur évolution est lente. Avec les états d'arriération mentale, les régressions démentielles et l'épilepsie, elles forment l'essentiel du matériel clinique.

P. CARRETTE.

PSYCHOLOGIE

L'étude du caractère chez l'enfant et l'orientation professionnelle, par H. WALLON. *Revue philosophique*, p. 304 à 320, mai 1935.

Tout en se refusant à fournir une définition du caractère, l'auteur déclare de lui : « Il est ce qui peut expliquer la différence des conduites en présence d'une même situation, à égalité de moyens matériels ou intellectuels. » — Dans l'étude présente, les passages suivants sont de nature à intéresser plus particulièrement le psychiatre : a) le résumé des principales théories sur le caractère : celle de Freud d'après laquelle le caractère est l'aboutissant de la manière dont l'enfant a réussi à résoudre les conflits que lui ont imposés les complexes sociaux, soit par le procédé d'identification avec l'adversaire, soit par le procédé de substitution des objets de la libido, soit par le procédé de la sublimation ; celle d'Adler, d'après laquelle le caractère est l'aboutissant des réactions de l'enfant devant les circonstances particulières de sa vie, en usant soit du procédé de compensation, soit du procédé de résignation ; celle de Spranger qui identifie l'individu et le groupe dont il fait partie avec la catégorie des valeurs culturelles admises par ce groupe ; celle de Heymann et Wiersma qui invoque huit tempéraments ; b) les rapports du mouvement et du psychisme ; c) l'importance des connaissances psychiatriques pour l'étude du caractère.

Paul COURBON.

Les facteurs biologiques et la population, par M. HALBWACHS. *Revue philosophique*, p. 286 à 303, mai 1935.

Critique judicieuse de la théorie italienne établie à l'aide de statistiques et d'hypothèses incontrôlables, par le statisticien Corrado-Gini, et d'après laquelle la décroissance de la population dans certains pays serait due non à la limitation voulue des conceptions, mais à un affaiblissement organi-

que de l'instinct génésique des individus. L'action volontaire du malthusianisme ne serait que l'adaptation psychique aux conditions biologiques d'insuffisance génésique. — Halbwachs combat cette doctrine, faisant remarquer notamment, avec raison, que les faits de population sont des faits de masse, se produisant au sein de ces organismes collectifs que sont les peuples et par conséquent ne dépendant pas exclusivement de facteurs biologiques.

Paul COURBON.

PSYCHANALYSE

La psychanalyse dans la pratique hospitalière (Psychoanalysis in Psychiatric Hospitals), par Ross Mc C. CHAPMAN. 90^e Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, New-York, 28 mai-1^{er} juin 1934, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XCI, n° 5, pp. 1093-1101, mars 1935.

La méthode psychanalytique qui apparaissait au début comme un traitement réservé à une clientèle limitée et choisie pourra rendre de grands services dans la pratique hospitalière. On voit immédiatement les dangers et les inconvénients d'une telle extension : explorations psychologiques imprudentes, difficultés de conduire jusqu'au bout de longues cures qu'on ne peut abandonner ou transférer sans risques, nécessité de consacrer au traitement beaucoup de temps et d'immobiliser beaucoup de spécialistes. Ces objections ne paraissent pas suffisantes à M. Chapman pour créer une contre-indication formelle. L'adaptation de la psychanalyse à l'activité hospitalière est affaire de méthode. Il faut éduquer les médecins et exiger d'eux, leurs études générales terminées, une année au moins de pratique, une année au moins d'études psychiatriques, l'initiation à la psychanalyse : théorie, application personnelle et sur des malades ensuite, sous la direction d'un professeur. L'auteur estime que la réalisation démontrera l'utilité de la psychanalyse comme traitement des psychonévroses et comme moyen d'exploration dans la schizophrénie.

P. CARRETTE.

L'application des principes psychanalytiques en psychiatrie (The Application of Psycho-Analytic Principles in Psychiatry), par Edward GLOVER, *Proceedings of the Royal Society of Medicine, section of Psychiatry*. T. XXVIII, n° 2, pp. 695-704, avril 1935.

La tendance à considérer presque exclusivement la psychanalyse comme un procédé thérapeutique obscurcit les problèmes de sa contribution à la structure des psychoses et des fonctions mentales. Et cependant, en se servant de la psychanalyse comme procédé d'exploration du psychisme, on crée une large base de travail pour les recherches nosologiques. La coopération de la psychanalyse et des autres procédés d'examen doit faire tomber bien des barrières, réduire le sens de certaines controverses. L'intérêt des méthodes descriptives nous paraît bien périmé si elles ne tendent pas à une interprétation serrée qui, ainsi que le réclame M. Glover, s'inspirera de toutes nos connaissances scientifiques, au lieu de contribuer à élargir le conflit entre les conceptions organicistes et psychologiques.

P. CARRETTE.

Les rapports de la psychanalyse et de la psychiatrie (The Relationship of Psychoanalysis to Psychiatry), par Leland E. HINSIE. 90^{me} Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, New-York, 28 mai-1^{er} juin 1934 in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 5, pp. 1103-1115, mars 1935.

L'auteur s'élève contre la tendance trop répandue à isoler le rôle du psychanalyste. Celui-ci ne doit entreprendre sa cure qu'après avoir examiné en psychiatre la situation du patient. Il devra donc être capable de reconnaître d'abord et de traiter les troubles somatiques, de réclamer au laboratoire les précisions jugées nécessaires, d'apprécier ensuite les influences sociales, de prévoir les réactions. La psychanalyse n'est qu'une ressource particulière de son art et elle ne doit, en aucun cas, constituer la limite de son exploration clinique et de son intervention thérapeutique.

P. CARRETTE.

Psychologie objective et psychanalyse, par J. FROIS-WITTMANN. *L'Evolution psychiatrique*, fasc. 3, pp. 45-80, 1935.

La psychologie qui emprunte ses données aux techniques des sciences physico-chimiques et la psychanalyse paraissent obéir à des tendances différentes et mener à des résultats parfois opposés. M. Frois-Wittmann démontre que loin de se contredire, les deux méthodes se complètent si l'on s'applique aux recherches de la psychologie « de laboratoire » avec un esprit délivré des préjugés stérilisants, la notion animiste de conscience avec ses méthodes d'introspection et la conception téléologique d'instinct. La psychologie véritablement scientifique a un seul critère : la réaction. Elle est objective et emprunte ses données à la physiologie sensorielle, aux réflexes conditionnels, à l'entraînement et aux aptitudes, aux taux d'intelligence, etc. Dans ces recherches, la psychanalyse ne fait pas figure d'opposante. L'introspection est combattue par elle. Le névrosé s'y adonne et la psychanalyse tente de l'arracher à son repliement pour le jeter dans l'action.

L'auteur fait observer que si la psychanalyse ne profite pas des références de la biologie et de la physiologie nerveuse, c'est que la différence d'objet ne permet pas d'utiliser d'expérimentation. La psychologie objective vise les réactions élémentaires et la psychanalyse « la personnalité socialement intégrée », mais toutes deux associent leurs efforts vers un même but, une même connaissance, celle du comportement humain.

P. CARRETTE.

Freud et Pavlov, par W. DRABOVITCH. *L'Evolution psychiatrique*, fasc. 3, pp. 21-34, 1935.

La valeur énorme de l'œuvre de Pavlov tient dans la tendance à élargir constamment le sens des recherches expérimentales. Sans quitter le domaine où sa compétence est sûre, le savant entrevoit, puis vérifie les mécanismes psychologiques et ceux des névroses. Il démontre le caractère *dynamique* et *économique* de la vie neuropsychique. M. Drabovitch, en exposant ces tendances, justifie pleinement le souhait qu'il adresse aux psychanalystes : faites un pas vers la physiologie cérébrale au lieu de vous enfermer dans vos dogmes et une collaboration utile à la science naîtra.

P. CARRETTE.

Psychologie de la puberté, par Marie BONAPARTE. *Bulletin de la Société de Sexologie*, T. II, n° 2, pp. 349-356, avril 1935.

L'auteur rappelle les différentes phases du développement psychique de l'enfance par rapport au problème sexuel. L'adolescent se trouve en face de besoins sexuels déterminés par son état physiologique et par des suggestions en rapport avec les conditions sociales. Si un conflit se présente, la famille, le directeur de conscience ne pourront jouer un rôle efficace qu'en fonction de leur éducation spéciale. L'importance de l'inconscient est considérable. Pour que les éducateurs et le sujet lui-même arrivent à se reconnaître dans les divers comportements de la puberté, il faut qu'une éducation précoce ait préparé le terrain.

P. CARRETTE.

Les terreurs nocturnes des enfants, par P.-R. BIZE. *Revue médicale française*, n° 5, pp. 409-418, mai 1935.

Le freudisme, qui ne perd pas une occasion d'intervenir dans les problèmes de psychopathologie, explique les terreurs nocturnes enfantines, « comme une réaction anxieuse d'effroi à un mécanisme compensateur d'auto-punition rendu nécessaire par des pulsions hédoniques jugées répréhensibles ». L'accès devrait être considéré comme le résultat d'un conflit entre le « ça » (principe de plaisir) et le « sur-moi » (instance de moralité), aboutissant à une auto-punition à type de complexe de castration. M. Bize en tire des conseils psychothérapiques, mais ne néglige pas les calmants, l'hydrothérapie et les régulateurs gastro-intestinaux, à moins que ne s'impose une cure anti-syphilitique ou endocrinienne.

P. CARRETTE.

Rêves d'angoisse stéréotypés chez une agoraphobe, par Henri FLOURNOY. *L'Evolution psychiatrique*, fasc. 3, pp. 35-44, 1935.

L'auteur développe le sujet du travestissement sexuel, que dissimule le symbolisme des névroses. L'allure cosmique des thèmes n'éloigne pas leur formule des processus habituels reconnus par le freudisme. Les mythes cosmiques abondent dans les conceptions des peuples primitifs. Le symbole permet d'identifier les *pulsions* dont la signification entièrement biologique satisfait l'auteur, qui paraît regretter le rigorisme des physiologistes toujours enclins à éliminer de leur champ d'observation les phénomènes dépourvus d'éléments précis et mesurables.

P. CARRETTE.

La notion de contact avec la réalité. Le contact Ego-Cosmos, par P.-R. BIZE. *L'Evolution psychiatrique*, fasc. 3, pp. 3-20, 1935.

Un aliéné est implicitement un sujet qui a perdu le contact, la liaison avec ses semblables. On progresserait médiocrement dans le domaine de la psychopathologie à vouloir désigner les degrés et les modes de désadaptation par une série de néologismes, dont les moins modérés parmi les psychiatres déplorent périodiquement la débordante inflation. Les partisans d'une psychopathologie, surtout orientée vers l'adaptabilité, ses modalités et ses conséquences thérapeutiques immédiates avouent cependant

devoir limiter leurs ambitions s'ils considèrent sans préjugé la réalité clinique — et c'est une partie importante des conclusions de M. Bize. Il est évident que le plus souvent l'examen des états, disons schizoïdes, après avoir dépouillé les facteurs occasionnels, s'arrête à un « fond d'attitudes mentales absolument immodifiables, véritables racines constitutionnelles et, de ce fait même, irréductible à toute tentative de transformation ». La question est ainsi reculée jusqu'à l'appréciation du substratum biologique — état anatomique ou conditions physico-chimiques — et restituée à l'hygiène mentale et sociale toute sa valeur, laquelle est incomparablement plus élevée et pressante que celle des complexes et refoulements dont la minutieuse dissection condamne de précieux dons médicaux à un regrettable piétinement.

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

Etude comparée des procédés modernes de diagnostic neuro-chirurgical. Résultats de l'iodoventriculographie (Estudio comparativo de los modernos procedimientos de diagnóstico neuroquirúrgico. Resultados de la yodo-ventriculografía), par Manuel BALADO et Ramón CARRILLO. *La Semana Médica*, n° 2147, pp. 717-734, 7 mars 1935.

L'encéphalographie par voie lombaire ou sous-occipitale, l'artériographie, les explorations par le thorotrast ou l'air sont des procédés insuffisants ou dangereux. Les auteurs accordent leur entière confiance à la ventriculographie par l'huile iodée qui permettrait les localisations les plus précises et notamment celles des tumeurs du troisième ventricule et de la fosse crânienne postérieure.

P. CARRETTE.

Sur les réflexes abdominaux percutoires, par J. S. RABINOVITCH. *Revue Neurologique*. T. LXIII, n° 5, pp. 684-700, mai 1935.

L'étude des réflexes abdominaux obtenus par percussion de la paroi ou de régions avoisinantes est quelque peu négligée dans les traités au profit des réflexes cutanés. Dans de nombreux cas cliniques, les deux catégories de réflexes donnent des renseignements identiques, mais c'est justement l'intérêt de leur dissociation qui, pour M. Rabinovitch, justifie leur recherche parallèle. Ainsi en est-il dans les radiculites lombo-sacrées. La diffusion de la zone réflexogène constitue un signe initial précieux. Dans la majorité des cas il dénonce une atteinte organique. L'abolition complète ou partielle, l'asymétrie des réflexes abdominaux percutoires doivent orienter les recherches vers une lésion nerveuse et aider à la localiser, sauf dans les cas d'altérations de la paroi ou des viscères capables d'influencer par elles-mêmes le régime des réflexes intéressés.

P. CARRETTE.

La méningococcémie, par Stanislas de SÈZE. *L'Avenir Médical*, n° 3, pp. 87-92, mars 1935.

Le méningocoque peut être l'agent d'une affection primitive en dehors de la méningite. Les données les plus récentes prouvent que les thérapeutiques de choc prennent ici le pas sur la sérothérapie spécifique. On a

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Juillet 1936.

21.

décrit des formes pseudo-palustres, purpuriques, articulaires et typhoïdiques. Les variétés éruptives et celles qui sont associées à une réaction méningée sont les plus graves.

P. CARRETTE.

Les arachnoïdites opto-chiasmatiques, par Th. de MARTEL et J. GUILLAUME. *Revue Médicale française*, n° 4, pp. 291-296, avril 1935.

Les troubles visuels progressifs consécutifs à l'arachnoïdite opto-chiasmatique relèvent de causes extrêmement variées : tumeurs hypophysaires ou méningées, cranio-pharyngiomes, méningites ayant évolué vers une forme kystique ou un épaissement cicatriciel. La ventriculographie permet actuellement de s'assurer du diagnostic de localisation et aux moyens thérapeutiques généraux s'ajoute la ressource d'une exploration chirurgicale anodine bien qu'efficace.

P. CARRETTE.

Le syndrome d'Adie. Abolition des réflexes tendineux et pseudo-signe d'Argyll-Robertson. Altération bénigne non syphilitique (El síndrome de Adie. Abolición de los reflejos tendinosos y pseudosigno de Argill-Robertson. Alteración benigna no sifilítica), par A. SUBIRANA. *Archivos de Neurobiología*, T. XV, n° 1, pp. 93-107, 1935.

Le syndrome pupillaire décrit par Adie en 1932 est caractérisé par la présence de troubles pupillaires spéciaux accompagnés d'aréflexie tendineuse. Le trouble pupillaire est une mydriase associée à un état tonique de la pupille. La réaction à la convergence est complète, mais la pupille se décontracte lentement, nettement myotonique. La pupille de Adie est influencée rapidement par les collyres à l'ésérine et à l'atropine. Ainsi donc, comme le montre M. Subirana, le cas est très différent du signe d'Argyll-Robertson. Le syndrome de Adie est d'ailleurs dans son principe indépendant de toute atteinte syphilitique. Il est réalisé pleinement dans les déséquilibres neuro-végétatifs de la ménopause.

P. CARRETTE.

Contribution à la connaissance de la maladie de Lindau (angiomatose du système nerveux central et de la rétine) (Zur Kenntniss der Lindauschen Krankheit, par F. LOTMAR. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVI, 2, 1936.

L'auteur rapporte une nouvelle observation de maladie de Lindau, avec les caractéristiques cliniques suivantes : diagnostic fait avant l'intervention, grâce à l'examen de la rétine, résultat opératoire très favorable, caractère familial probable, aspect bénin, discret, des signes de tumeur cérébrale et notamment des troubles cérébelleux, rémissions de longue durée allant jusqu'à l'intermission complète.

E. BAUER.

Contribution à la séméiologie des affections du thalamus, par L. G. TCHLENOW et O. M. FRENKEL (*Sovietskaia Psichonevrologiia*, T. XI, n° 2, 1935, pp. 23-33).

Parmi trois observations rapportées, les auteurs soulignent un cas nouveau du syndrome de Cl. Vincent. Ce syndrome peut passer à la chronicité.

La distribution topographique des troubles sensitifs rappelle la distribution du type cortical avec des foyers dans la circonvolution pariétale ascendante. La périodicité des douleurs est caractéristique. La sensation de vibration est extrêmement prononcée. On remarque des troubles d'ordre émotionnel et végétatifs. Il existe de l'hypotonie. On observe un parallélisme des illusions tactiles et optiques, qui correspondent à une exaltation des sensations. On note des troubles de l'orientation dans l'espace, des sensations de changement du schéma corporel et un état confusionnel ayant pour point de départ la diplopie.

FRIBOURG-BLANC.

Syndrome thalamique (Síndrome talámico), par Humberto Rafael RUGIERO. *La Semana Médica*, n° 2150, pp. 921-946, 28 mars 1935.

Revue générale historique, anatomo-physiologique et clinique de la question du thalamus. On considère aujourd'hui comme caractéristique du syndrome thalamique, l'hémi-parésie flasque, l'hémi-anesthésie superficielle avec douleurs violentes et rebelles. L'extension des lésions est variable et on distingue pratiquement un syndrome sensitif type, un syndrome sensitivo-moteur et des formes mixtes avec troubles sensoriels et associations motrices de voisinage. L'auteur présente une observation personnelle destinée à montrer les difficultés du diagnostic en présence de lésions destructives très étendues. On observe alors que l'hémiplégie sans anesthésie, ni douleurs, n'est pas un syndrome qui permette d'exclure nettement le diagnostic de lésion limitée à la couche optique.

P. CARRETTE.

Hypothermie dans les cas de lésions hypothalamiques (Hypothermia in Cases of Hypothalamic Lesions), par Charles DAVISON et N. E. SELBY. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIII, n° 3, pp. 570-591.

Le syndrome décrit par les auteurs comprend une légère polyurie, la polydipsie, une dystrophie adipo-génitale, l'hypermnie et une température constamment au-dessous de la normale. Un angiome du plancher du 3^e ventricule a détruit partiellement la région hypothalamique. L'hypothermie serait due à l'implication dans la zone lésée des noyaux tubériens et des corps mamillaires.

P. CARRETTE.

Les douleurs alternes dans les lésions bulbo-protubérantielles. Contribution à l'étude de la physiopathologie des douleurs centrales, par Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et A. BRUNELLI. *Revue Neurologique*, T. LXIII, n° 6, pp. 828-837, juin 1935.

Les syndromes hémialgiques alternes ne s'observent guère que dans les lésions vasculaires ou les tumeurs de la calotte bulbo-protubérantielle. Les auteurs en rapportent 3 observations et commentent 7 cas publiés antérieurement par d'autres auteurs. La pathogénie de ces douleurs est discutée. Il est classique de les attribuer à l'irritation des voies, des relais et des fibres sensitives. Or, le syndrome hémialgique alterne bulbo-protubérantiel s'identifie avec d'autres syndromes thalamiques ou sympathiques dans des cas où les voies sensitives sont détruites par une tumeur ou un ramollis-

sement. MM. Alajouanine, Thurel et Brunelli notent ces caractères superposables des syndromes et, considérant qu'ils s'associent à des symptômes vaso-moteurs, sudoraux et trophiques, attribuent les troubles sensitifs observés aux éléments sympathiques juxtaposés.

P. CARRETTE.

Les ramollissements de la protubérance, par P. HILLEMANT, CHAVANY et J. HAMBURGER. *La Science Médicale pratique*, n° 10, pp. 318-322, 15 mai 1935.

L'irrigation protubérantielle, que l'étude des syndromes dits classiques (Millard-Gübler, Foville, etc...), n'a pas contribué à préciser, a pu être schématisée par les descriptions de Charles Foix. On distingue des syndromes paramédians, le syndrome du territoire des circonférentielles courtes et des ramollissements de la calotte, qui fournissent des syndromes classiques à l'état d'ébauche et des syndromes myocloniques parmi lesquels il faut citer le nystagmus du voile décrit par Ch. Foix, qui paraît lié aux lésions du faisceau central et du système olivo-dentelé.

P. CARRETTE.

Les ramollissements bulbaires, par P. HILLEMANT et J. HAMBURGER. *La Science Médicale pratique*, n° 10, pp. 323-326, mai 1935.

La circulation bulbaire comprend trois territoires : paramédians, latéraux et circonférentiels. Ces deux derniers fournissent des syndromes qui diffèrent suivant le niveau. La partie supérieure est irriguée par l'artère de la fossette latérale de Ch. Foix, dont la lésion donne le syndrome latéral du bulbe. La partie inférieure est irriguée par la cérébelleuse inférieure. Le syndrome de Babinski-Nageotte décrit pour les ramollissements de cette région, correspond à l'oblitération terminale des vertébrales et de la partie initiale du tronc basilaire.

P. CARRETTE.

Spirochétose méningée et méningo-typhus, par Jean TROISIER, M. BARIÉTY, Mlle B. ERBER, G. BROUET et Mlle J. SIFFERLEN. *La Presse Médicale*, n° 36, pp. 713-716, 4 mai 1935.

La méningite typhique affecte deux formes, suivant la réaction cellulaire : lymphocytaire ou polynucléaire. La forme ataxo-adyynamique de la dothientérie est hors de cause. C'est l'expression d'une atteinte encéphalique et non méningée. Le méningo-typhus se présente souvent avec une symptomatologie très anormale : méningite primaire, réaction thermique écourtée et à rechute, bénignité des troubles gastro-intestinaux, absence ou retard d'apparition des taches rosées. Les auteurs affirment qu'on est en droit de suspecter la leptospirose en présence de toute réaction méningée au début d'une maladie d'allure typhique. L'inoculation de l'urine au cobaye leur a permis d'en apporter la preuve. La spirochétose méningée existe sans détermination hépato-rénale. Son incubation n'est que d'une semaine et celle de la typhoïde de deux septénaires. Les deux infections peuvent se superposer. Il convient d'aller plus loin encore dans la critique des faits. La spirochétose peut être l'agent d'infection majeur et réveiller les réactions sérologiques de la typhoïde chez un ancien vacciné. C'est alors la réalité même de la dothientérie qui devient douteuse.

P. CARRETTE.

Les formes hypertensives pseudo-tumorales de la sclérose en plaques aiguë, par Pierre Klotz. *L'Avenir Médical*, n° 5, pp. 158-160, mai 1935.

Les épisodes aigus de la sclérose en plaques revêtent différentes formes suivant leur localisation : disséminée, pédonculo-bulbaire, médullaire, cérébelleuse. L'hypertension céphalo-rachidienne modérée est habituelle. C'est l'intensité soudaine de ce signe qui conditionne la forme pseudo-tumorale. Le diagnostic s'appuie sur l'absence de stase papillaire vraie, sur le nystagmus, l'atteinte pyramidale, la variabilité des réflexes, la réaction du benjoin colloïdal.

P. CARRETTE.

Sclérose latérale amyotrophique guérie, par Gaetano Boschi. *Le Progrès médical*, n° 23, p. 953, 8 juin 1935.

La méthode curative des affections toxi-infectieuses du névraxe du professeur Boschi a été appliquée avec succès dans un cas de sclérose latérale amyotrophique. Elle consiste dans la provocation répétée d'une méningite aseptique par injection toutes les 2 ou 3 semaines, d'eau bidistillée intrarachidienne et l'administration, quelques heures après l'intervention, d'une préparation à dose infinitésimale de sang ou de liquide céphalo-rachidien du malade.

P. CARRETTE.

Les spondylites nécrosantes chez les tabétiques, par Knud H. KRABBE et P. A. Schwalbe Hansen. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, X, 3, 1935, Copenhague.

Les auteurs rapportent 7 cas de spondylite nécrosante atteignant, soit les vertèbres lombaires, soit la 12^e vertèbre dorsale, chez des tabétiques. L'image radiographique est caractéristique : destruction et compression d'une ou deux vertèbres, spondylite déformante très violente des vertèbres avoisinantes. Ecartant l'hypothèse de lésions neurotrophiques, les auteurs invoquent celle de nécrose consécutive à l'endartérite oblitérante des artères nourricières (artères spinales) qui passent au voisinage immédiat des ganglions attaqués par l'inflammation syphilitique. Mais cette opinion a besoin d'être confirmée par l'examen anatomo-pathologique. Le pronostic de ces spondylites n'est pas si défavorable, la compression médullaire paraît exceptionnelle.

E. BAUER.

Etude de la syringomyélie et de la formation de cavités dans la moelle épinière (A Study of Syringomyelia and the Formation of Cavities in the Spinal Cord), par Edward S. TAUBER et Orthello R. LANGWORTHY. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXI, n° 3, pp. 245-264, mars 1935.

Le syndrome de la syringomyélie est la conséquence d'une tumeur kystique spinale à paroi composée de tissu glial. Les auteurs présentent des observations typiques avec troubles moteurs et trophiques et dissociation des sensibilités dues à des altérations multiples ; myélite syphilitique, thrombose de l'artère spinale antérieure, désordres circulatoires consécutifs aux traumatismes. Si l'on s'en tient au sens strict du terme syringomyélie, il faut grouper sous le même titre les diverses expressions cliniques de la formation d'une cavité centrale médullaire. A la symptomatologie classique correspondrait donc une étiologie, une anatomie pathologique et des possibilités thérapeutiques élargies.

P. CARRETTE.

Syndrome pyramidal consécutif à une rachianesthésie (Sindrome piramidale consecutivo a una raquianestesia), par Rodolfo DASSEN. *La Semana Médica*, n° 2153, pp. 1145-1148, 18 avril 1935.

Les contre-indications de la rachianesthésie sont de deux ordres : techniques ou générales. Les premières n'engagent que le chirurgien. L'examen des secondes prouve que les accidents secondaires surviennent presque constamment chez des sujets atteints d'infection ou de lésions du système nerveux. La rachianesthésie ne devra pas être pratiquée sans un examen neurologique complet préalable, au cours de la syphilis en activité, de la grippe, de la furonculose et de tout autre état fébrile ou infectieux.

P. CARRETTE.

Le « signe du coup de frein », index sphinctérien de la moelle terminale, par C. A. PIERSON. *Maroc Médical*, pp. 184-185, 15 mai 1935.

Les troubles sphinctériens ont une grande valeur pour le diagnostic des lésions de la moelle terminale. La rétention et l'incontinence sont malheureusement de gros signes de la période d'état et il importe de les prévenir par un diagnostic précoce. Parmi les signes révélateurs initiaux, M. Pierson classe le signe du « coup de frein », « modification instantanée du tonus vésical ou anal qui se manifeste, de façon consciente ou inconsciente, à l'occasion d'un brusque changement dans l'allure d'un véhicule ».

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude de l'hérédité, dans la dystrophie musculaire progressive, par L. BALLIF et Mme M. BRIESE. *Bulletin de la Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*, XVI^e année, n° 2, pp. 110-119, 1935.

A l'occasion de l'observation d'un cas de dystrophie musculaire progressive, les auteurs découvrent tout un système de transmission héréditaire à travers trois générations et touchant exclusivement les sujets mâles descendant d'une mère myopathique. Si l'on veut bien considérer que tous ces sujets sont également atteints d'autres tares importantes, notamment de grosses altérations endocriniennes, qu'il n'existe pas de traitement vraiment efficace, on est amené à s'adresser aux mesures prophylactiques destinées à éduquer les malades et leur entourage. Le professeur Ballif et Mme Briese estiment que le mariage devrait être interdit aux sujets atteints de dystrophie musculaire, que mariés ils ne devraient pas avoir d'enfants et que la stérilisation serait à instituer en cas d'insoumission à ces prescriptions formelles.

P. CARRETTE.

Zona et traumatisme, par E. MARIOTTI. *L'Ospedale Psichiatrico*, Naples, octobre 1935.

L'auteur cite l'observation clinique d'un paralytique général traité selon les méthodes classiques qui, après une dixième ponction lombaire, ayant provoqué une simple irritation d'une des branches de la queue de cheval, présente un zona typique.

L'auteur pense trouver là une preuve de l'origine traumatique du zona.

Il discute le mécanisme d'action : le trauma a-t-il agi directement ou seulement en excitant le virus syphilitique localisé.

Paul ABÉLY.

Etude pathogénique des polynévrites dites « toxiques », par A. TZANCK, PAUTRAT et H.-P. KLOTZ. *Le Monde Médical*, n° 863, pp. 649-659, 1^{er} mai 1935.

Dans une polynévrite dite « toxique » il y aurait, pour les auteurs, deux facteurs à considérer : l'intoxication et l'intolérance. Pratiquement c'est le cas mixte qui est le plus souvent observé. L'intoxication est la fixation sur la fibre nerveuse. Elle serait responsable du désordre moteur. L'exemple le plus typique est la névrite à forme surtout motrice provoquée par le plomb. L'intolérance (paralysie sérique, oxycarbonée) engendre principalement des désordres sensitifs par un processus sympathique vaso-moteur, individuel, indépendant de la dose, déterminant de la stase, de l'œdème et des hémorragies au niveau des éléments nerveux.

P. CARRETTE.

Névrite interstitielle hypertrophique. Relation d'un cas avec suggestion de traitement, par Walter F. SCHELLER et Henry W. NEWMANN. *Revue Neurologique*, T. LXIII, n° 4, pp. 529-539, 1935.

La névrite hypertrophique de Déjerine et Sottas, maladie familiale voisine de l'ataxie de Friedreich et de l'atrophie de Charcot-Marie-Tooth, serait due à une prolifération ectodermique de la catégorie des schwannomes et comme telle devrait être traitée par les rayons X, reconnus comme efficaces dans les hyperplasies embryologiquement semblables.

P. CARRETTE.

Quatre cas de syndrome de Volkman, par André THOMAS, Etienne SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE. *Revue Neurologique*, T. LXIII, n° 4, pp. 505-528, avril 1935.

Dans tous les cas, le syndrome de Volkman, sclérose permanente avec contracture en flexion de l'avant-bras après fracture ou tout au moins trauma sérieux chez l'enfant, ayant nécessité la pose d'un appareil plâtré, garde une pathogénie douteuse. Le rôle de l'hématome, celui de la gêne artérielle ou nerveuse, l'état des vaso-moteurs et des lymphatiques retiennent l'attention, mais ne permettent que des hypothèses.

P. CARRETTE.

ANATOMIE

Méthode de congélation facilitant la préparation macroscopique du cerveau (Erleichterung der makroskopischen Präparation des Gehirns durch den Gefrierprozess), par I. KLINGER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVI, 2, 1935.

La méthode mise au point par l'auteur permet d'obtenir, en dehors d'une bonne conservation des coupes, une grande netteté des contrastes entre la substance grise et la substance blanche, sans imprégnation ni coloration. Pour les détails de technique il faut se référer au texte original.

E. BAUER.

Voies optiques chez l'homme ; étude spéciale de la représentation maculaire (Visual Pathways in Man With Particular Reference to Macular Representation), par Wilder PENFIELD, Joseph P. EVANS et J. A. Mac MILLAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIII, n° 4, pp. 816-834, avril 1935.

La question de la représentation corticale bilatérale de la vision maculaire n'a pas été suffisamment éclaircie. Les auteurs suivent le trajet des radiations géniculocalcarines, après avoir examiné les manifestations cliniques des lésions corticales temporo-occipitales. Ils considèrent comme probable le passage des fibres du cortex à l'hémisphère opposé par le splénium ; le faisceau aberrant géniculé allant à la calcarine représenterait la portion maculaire des fibres optiques.

P. CARRETTE.

Questions générales et observations personnelles sur l'anatomie des artères du corps strié humain (Questões Geraes e Observações Pessoais Relativas à Anatomia das Arterias do « Corpus Striatum » Humano), par R. LOCCHI. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*. T. I, n° 3, pp. 297-322, avril-juin 1935.

L'intérêt des artères striées est dans la question de leur autonomie. La plupart des auteurs les considèrent comme terminales. La radiographie, la diaphanisation, la dissection pratiquées par M. Locchi le conduisent à des conclusions opposées. Les artères striées antérieures s'anastomoseraient entre elles, avec les striées moyennes et les corticales voisines, une première fois dans leur trajet superficiel. De ce système naîtrait un réseau pial de la substance perforée antérieure. Après avoir pénétré dans leurs orifices respectifs une deuxième série d'anastomoses réunirait les artérioles striées par l'intermédiaire d'un réseau capillaire profond.

P. CARRETTE.

Contribution à la connaissance de l'arachnoïde spinale (Beiträge zur Kenntnis der Arachnoidea spinalis), par Nathan SAMUELS (de Brooklyn). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVI. 2, 1935.

Deux observations de troubles de la circulation du liquide céphalo-rachidien dans l'espace sous-arachnoïdien médullaire, au cours de la sclérose en plaques, confirment l'existence des lésions arachnoïdiennes dans cette affection, déjà identifiées par Schmaus et Sacki, en 1901. L'auteur rapporte quelques autres observations sur des lésions de l'arachnoïde spinale ; les unes revêtent l'aspect de l'arachnoïdite séreuse circonscrite ; dans d'autres, la nature inflammatoire des altérations ne peut guère être admise. L'anatomie pathologique de l'arachnoïde est encore mal précisée, mais on connaît actuellement assez bien son embryologie. Elle se développe au dépens de la méninge primitive. Le « tissu pérимédullaire » constaté dans certaines malformations tératologiques, peut être considéré comme une arachnoïde mal différenciée. De même, certaines lésions anatomo-pathologiques de l'arachnoïde spinale pourraient s'expliquer par des troubles du développement.

E. BAUER.

L'anatomie et la pathologie du mongoloïdisme, par W. STEFKO et L. IVANOWA. *Bulletin de la Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*. XVI^e année, n° 2, pp. 57-79, 1935.

Les arriérés du type mongol ont tous une allure identique au point qu'ils peuvent être pris pour les membres d'une même famille. Ce fait nous oblige à rechercher une cause commune à tous les cas. L'hérédité aurait beaucoup moins d'intérêt que la constance de malformations congénitales et de l'insuffisance de développement de l'écorce cérébrale. Le déficit évolutif se manifeste inégalement suivant les régions, ce qui crée sans doute le complexe psycho-physiologique. A la notion d'arrêt de développement, certains opposent celle de régression phylogénétique. Le type d'atrophie corticale est compatible avec une certaine densité cellulaire comme on en observe dans l'âge infantile.

P. CARRETTE.

Hémorragies multiples dans l'hypophyse, la glande thyroïde et les méninges, par Mme E. CERNAUTZEANU-ORNSTEIN. *Bulletin de la Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*. XVI^e année, n° 2, pp. 80-86, 1935.

La malade observée a présenté un état maniaque, des accès épileptiformes et du vitiligo. La mort est survenue à la suite de crises subintrantes. Des lésions hémorragiques sont découvertes dans la thyroïde, évoquant la théorie thyroïdienne de la psychose maniaque-dépressive, dans l'hypophyse, ce qui pourrait expliquer en outre le vitiligo, enfin dans de vastes zones cortico-méningées des régions motrices, causes probables des manifestations épileptiques.

P. CARRETTE.

Un cas de chorée toxique aiguë (A Case of Acute Toxic Chorea), par R. G. GORDON et R. M. NORMAN. *The Journal of Neurology and Psychopathology*. T. XV, n° 60, pp. 313-319, avril 1935.

L'examen histologique pratiqué par MM. Gordon et Norman dans un cas de chorée aiguë montre la prédominance des lésions au niveau du néostriatum, du thalamus et du noyau rouge, la relative intégrité du cortex et du système de projection cortical et strié, la présence de cellules d'Alzheimer dans les noyaux gris, l'absence de réaction gliale. On trouve les oreillons et une bronchopneumonie dans les antécédents immédiats et les accidents terminaux, mais les lésions inflammatoires nerveuses sont discrètes. Les auteurs, confirmant les vues de Wilson, montrent que, malgré ses prédictions, le processus toxique de la chorée n'est pas localisé à une formation anatomique, mais qu'il diffuse dans toutes les voies du système nerveux central, destinées à la régulation motrice.

P. CARRETTE.

La participation des ganglions centraux dans l'épilepsie (La participación de los ganglios centrales en la epilepsia), par Julio L. HANON. *La Semana Médica*, n° 2157, pp. 1433-1445, 16 mai 1935.

M. Hanon a pratiqué des examens anatomiques chez des épileptiques et a noté des altérations des ganglions centraux. Il rappelle les observations

d'autres auteurs sur les lésions de la corne d'Ammon et du lobe frontal. Il considère que l'anatomie pathologique de l'épilepsie renforce la conception de l'unité fonctionnelle de l'encéphale. Le rôle frénateur du cortex, les fonctions automatiques des noyaux striés seraient infirmés dans la pratique. Les médicaments calmants employés dans l'épilepsie en sidérant la corticalité devraient renforcer la crise si la théorie des spécialisations physiologiques était exacte. L'auteur admet comme point de départ de l'excitation cellulaire nerveuse, le bouleversement produit par un angiospasme dont la réalité ne lui paraît pas douteuse. La période tonique de la crise comitiale répondrait à la simultanéité des décharges en différents points moteurs qui y participeraient en proportions diverses. Le relâchement du spasme libérant partiellement la zone rolandique, la phase clonique succéderait à la précédente. Ainsi la crise ne serait pas dans le fait de l'inhibition corticale, mais bien dans son excitation qui détermine, — comme l'a toujours démontré l'expérimentation, — une réponse motrice dont la décharge s'amplifie des apports du voisinage, praxique par la voie frontale, gnosique par la voie pariétale, se propage du cortex vers les noyaux gris, l'hypothalamus, le pont, etc., et dont l'intensité et l'étendue correspondent aux territoires corticaux déséquilibrés par la violence du spasme vasculaire.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

Recherches sur la polyurie dans la schizophrénie (Investigation of Polyuria in Schizophrenia) par Francis H. SLEEPER. 90^e Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, New-York, 28 mai-1^{er} juin 1934 in *The American Journal of Psychiatry*. T. XCI, n° 5, pp. 1019-1031, mars 1935.

L'auteur a recueilli chez 92 schizophrènes la preuve d'une polyurie persistante. La moyenne est de 2 litres, 500 par 24 heures. Les recherches sur l'activité des reins, sur l'effet de la pituitrine, la facilité avec laquelle la restriction d'eau est supportée, le retour aisé à une tension artérielle normale sembleraient ne devoir accorder à la polyurie observée que la valeur négative des conséquences d'une mauvaise habitude, la polydipsie. Cependant, l'hypothèse d'un désordre physiologique plus ou moins associé à une activité émotionnelle intense et souvent méconnue ne saurait être complètement écartée.

P. CARRETTE.

Fonctions rénales et chlorurémie dans les maladies mentales, par A. TOMASINO. *Neopsychiatria*, octobre 1935.

L'auteur a étudié la fonction rénale en rapport avec l'élimination des urines de 19 malades mentaux : 12 épileptiques, 2 hystériques, 2 post-encéphaliques, 3 déments précoces. En même temps, il analysait le taux des chlorures du sang. Il a pu mettre ainsi en évidence, dans presque la totalité des cas, une altération certaine des fonctions rénales, due vraisemblablement à une anomalie néphro-tissulaire avec participation des centres nerveux et de facteurs neuro-endocriniens.

Paul ABÉLY.

Les lipides du sang dans les maladies mentales, par H. CLAUDE, J. DUBLIN-NEAU et Mlle BONNARD. *Biologie médicale*. T. XXV, n° 3, pp. 97-114, mars 1935.

Les variations du taux du cholestérol et les lipides du sang paraissent relever de perturbations du *tonus émotionnel* et ne constituent par conséquent qu'un élément du trouble humoral et glandulaire des psychoses. Si on note une augmentation dans les états maniaque-dépressifs, une diminution dans certaines schizophrénies, des variations étendues dans l'épilepsie, les tumeurs ou la cérébro-sclérose, il n'en découle pas nécessairement que la rectification du trouble humoral devra améliorer la psychose proprement dite. Les auteurs croient pouvoir espérer davantage de méthodes qui, telle la pyrétothérapie, s'adressent à l'organisme tout entier.

P. CARRETTE.

L'hypoglycémie par l'insuline. Mécanisme des troubles neurologiques (Insulin Hypoglycemia. Mechanism of the Neurologic Symptoms), par William DAMESHEK, Abraham MYERSON et Caroline STEPHENSON. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIII, n° 1, pp. 1-18, janvier 1935.

L'administration intraveineuse d'insuline modifie les proportions de dextrose en circulation dans les vaisseaux cérébraux, dans les artères et les veines du bras et du cou ; elle exerce également une action sur les combustions d'oxygène. La pression rachidienne et celle du pouls augmentent. L'épinéphrine neutralise ces effets. Les troubles toxiques dus à l'insuline : vertiges, ataxie, confusion des idées et de la parole, tremblement, sont expliqués par la stimulation adrénalinienne, la rupture de l'équilibre hydrique ou l'anorexie consécutives.

P. CARRETTE.

Les réflexes conditionnels et la glycémie émotive, par M. CAHANE. *Bulletin de la Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*, XVI^e année, n° 1, pp. 41-42, 1935.

L'émotion provoquée s'accompagne de modifications de la glycémie dont le mécanisme peut être précisé par expérimentation chez l'animal. Il semble que l'hyperglycémie émotive soit liée à des modifications végétatives qui provoquent notamment une hypersécrétion d'adrénaline.

P. CARRETTE.

L'action hypoglycémisante de l'appétit, réflexe conditionnel (La acción hipoglucémisante del apetito reflejo condicionado), par J. PLANELLES et D. LUWISCH. *Archivos de Neurobiología*, T. XV, n° 3, pp. 383-386, 1935.

Un facteur humoral interviendrait dans la genèse de l'appétit, lequel obéit aux conditions qui règlent les réflexes de type conditionnel. Diverses réactions individuelles peuvent amener un abaissement de grande amplitude de la glycémie, qui expliquerait l'impatience exagérée, angoissée même, non seulement à la vue des aliments, mais par l'entrée dans une salle à manger familière, par la vue de la table. L'expérimentation chez l'animal confirme les observations faites chez l'homme dans les affections du foie et le diabète.

P. CARRETTE.

Le taux du glucose dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la psychose maniaque-dépressive et de la démence précoce (Der Zuckergehalt der Spinalflüssigkeit bei Stimmungspsychosen und Dementia praecox), par H. REISTRUP. *Acta psychiatrica et neurologica*, X, 3, 1935, Copenhague.

La glycorachie et le quotient glycorachie-glycémie ont varié dans les limites normales et n'ont présenté aucune différence dans les trois groupes de malades étudiés : psychoses maniaques-dépressives, schizophrénies en phase active, états schizophréniques stationnaires.

E. BAUER.

Etudes sur le métabolisme des hydrates de carbone chez les malades mentaux. Note II. (Studi sul ricambio degli idrati di carbonio nei malati di mente, par Luigi TELATIN (de Ferrara). *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, II, 1935, p. 151 à 173.

Cette deuxième note de l'auteur a pour but l'étude des courbes glycémiques et glycorachiques après l'administration de glucose chez les déments précoces et les épileptiques. Il a fait ingérer à ces malades 1 gr. 50 de glucose par kilo de poids. Chez les déments précoces, les courbes glycémiques montrent un ralentissement des échanges particulièrement caractéristique chez les sujets à prédominance sympathicotonique. Chez les épileptiques, l'auteur a mis en évidence des courbes glycémiques dénotant une accélération particulièrement caractéristique chez les sujets à prédominance vagotonique. Les courbes glycorachiques montrent un crochet plus marqué (7,7 mgr.) chez les déments précoces que chez les épileptiques.

Henri EY.

La valeur clinique de l'azotémie en psychiatrie, par A. HESNARD et BAYLE. *La Clinique*, n° 240, pp. 75-76, février 1935.

L'azotémie, au cours des états psychopathiques, est un signe dont l'interprétation s'est modifiée et surtout amplifiée à l'occasion d'observations récentes. On connaissait sa valeur comme témoin d'insuffisances rénale et hépatique. On décrivait les formes mentales de l'urémie. A l'inverse de ces manifestations directes, l'azotémie extra-rénale constitue la preuve d'un état d'intoxication au cours des psychoses. M. Marchand a décrit une *encéphalite aiguë azotémique*, dont l'étude est une contribution au problème du délire aigu. Elle permettrait d'en différencier certaines formes. L'urémie massive et brusque au début d'une psychose, indiquant une désassimilation profonde du tissu nerveux est un fait dont l'aspect clinique, les phases évolutives, les variantes anatomiques ont été bien mis en lumière, mais dont les mécanismes et les causes n'ont pas été nettement expliqués.

P. CARRETTE.

Acétonémie à forme méningée (Acetonemia a forma meningea), par José María MACERA et Juan Carlos OYHENART. *La Semana Médica*, n° 2154, pp. 1213-1217, 25 avril 1935.

Le syndrome méningé caractérisé par des contractures, la céphalée, les vomissements, l'hyperréflexivité généralisée et des crises convulsives surviennent parfois chez l'enfant, sans fièvre et avec une réaction céphalo-

rachidienne nette. Le diagnostic hésiterait si on négligeait la recherche de l'acétone, dont l'excès est révélé dans le sang, l'urine et le liquide méningé. Témoin d'une intoxication complexe par les polypeptides, l'acétonémie accuse une insuffisance fonctionnelle du foie, qui entretient l'acidose. L'administration d'hydrates de carbone et l'alcalinisation s'imposent d'urgence.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude de la leucopénie réactive et de sa signification dans divers états psychopathiques. (Zur Frage der reaktiven Leukopenie und ihrer Bedeutung bei verschiedenen psychischen Krankheitszuständen), par Erik GOLDKUHL. *Acta psychiatrica et neurologica*, X, 1 et 2, 1935, Copenhague.

L'auteur a étudié les variations du taux des leucocytes, après élimination de toute action stimulante extérieure (sujets au repos complet, à jeun). Les sujets examinés appartiennent aux six catégories suivantes : normaux, schizophrènes, maniaco-dépressifs, hystériques, asthéniques constitutionnels, psychoses traumatiques. La réaction leucopénique n'a jamais été observée chez les normaux, elle s'est produite dans quelques cas de schizophrénie et de psychose maniaque-dépressive, et chez 50 % des malades atteints d'hystérie ou d'asthénie constitutionnelle. Chez ces derniers, il est l'expression de la labilité psychique et végétative, qui fait partie de leurs troubles constitutionnels. L'examen d'un groupe de malades atteints de troubles psychiques d'origine traumatique, a démontré que le traumatisme est sans influence sur la réaction leucopénique.

E. BAUER.

Réserve alcaline du sang et du liquide céphalo-rachidien dans l'acidose expérimentale (Alkali Reserve in Blood and in Cerebro-Spinal Fluid in Experimental Acidosis), par E. DE THURZO et S. KATZENELBOGEN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIII, n° 4, pp. 786-790, avril 1935.

L'administration de chlorure d'ammonium est utilisée pour déterminer l'acidose sanguine dans certains cas. L'équilibre acido-basique reste plus stable dans le liquide céphalo-rachidien. Il n'est réellement affecté que dans les cas de processus inflammatoire méningé. Ces notions servent à préciser la physiopathologie de l'épilepsie et le parallélisme entre les effets de la diète cétogène et la perméabilité aux substances acidotiques du sang vers le liquide spinal. Pour leur donner toute leur portée, il faudrait pratiquer chez l'animal des examens histologiques des tissus cérébraux dans les cas où l'acidose est limitée au sang et dans ceux où elle affecte en outre le liquide céphalo-rachidien.

P. CARRETTE.

Les polypeptides dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux, par A. PRUNELL. (*Archivos Argentinos de Neurologia*, Tome XII, n° 6, Juin 1935).

Les polypeptides sont des substances produites par dégradation des molécules de protéine intermédiaires entre l'albumine et les acides aminés. Dans les conditions physiologiques normales, on trouve 20 à 50 mmgr. de polypeptides par litre de sang ; des chiffres plus élevés apparaissent en cas de

néphrite, insuffisance hépatique ou modifications pathologiques du système nerveux central. Quant à la concentration normale du liquide céphalo-rachidien, elle oscille entre 5 et 8 mmgr. par litre.

L'auteur n'ayant pas trouvé de modifications des polypeptides dans le sang des paralytiques généraux, porta ses recherches sur le liquide céphalo-rachidien. Dans 90 % des cas étudiés, il a relevé une augmentation nette des polypeptides. L'impaludation ne semble pas avoir d'influence ; et il ne semble pas y avoir de relation entre le taux des polypeptides et l'hyperalbuminose ou l'intensité des réactions colloïdales de Lange, ou celle des réactions des globulines de Pandy. Par contre, la pléocytose suit une marche inverse à celle du taux des polypeptides du liquide céphalo-rachidien. L'auteur propose de dénommer ce syndrome humoral : « la dissociation cytopolypeptidique ». L'étude prolongée de la physiopathologie de ce nouveau syndrome donnera, peut-être, des informations utiles au point de vue pronostic.

LAUZIER.

La barrière hémato-méningée dans les troubles mentaux (The Blood-Cerebrospinal Fluid Barrier in Mental Disorders), par David ROTHSCHILD et C. N. HAMBERG. 90^e Meeting de l'*American Psychiatric Association*, New-York, 28 mai-1^{er} juin 1934, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XCI, n° 5, pp. 1033-1050, mars 1935.

Les dosages du calcium et du brome dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, la comparaison avec le taux des protéines montrent qu'il existe des modifications sensibles des rapports normaux chez les sujets examinés : paralytiques généraux, maniaque-dépressifs, schizophrènes et alcooliques. Le parallélisme du calcium et du brome est généralement maintenu. La perméabilité méningée est diminuée dans la schizophrénie et augmentée chez les paralytiques non traités. Le taux abaissé du calcium dans le liquide céphalo-rachidien, s'associe fréquemment à une augmentation des protéines et inversement, mais on ignore si la distribution du calcium est sous la dépendance de leurs variations.

P. CARRETTE.

Le dosage de l'albumine du liquide céphalo-rachidien par la méthode de dilution (Die Verdünnungsmethode bei Eiweissuntersuchungen in der Cerebrospinalflüssigkeit), par H. IESSEN. *Acta psychiatrica et neurologica*, X, 3, 1935, Copenhague.

Il s'agit de la méthode de Bisgaard (titrage à l'aide d'acide nitrique ou de sulfate d'ammoniaque), dont l'auteur a perfectionné l'appareillage et simplifié la technique. La précision des résultats est très grande, d'où l'utilité de la méthode dans les cas de taux subnormal. Des examens en série ont démontré la stabilité du taux de l'albumine dans le liquide normal. Enfin, il ressort de 300 examens combinés du liquide cisternal et du liquide céphalo-rachidien lombaire, qu'à l'état normal le taux de l'albumine de ce dernier ne dépasse pas le double du taux du liquide cisternal. Quand la proportion atteint ou dépasse le triple, on doit soupçonner un processus de compression médullaire.

E. BAUER.

De la cytologie du liquide céphalo-rachidien, par M. KACZYŃSKI. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. 12, n° 41 du 7 novembre 1935.

L'auteur étudie par la méthode d'Alzheimer 6.400 préparations se rapportant à 200 cas cliniques différents. Parmi les éléments pathologiques, il souligne au premier plan, les cellules éosinophiles et les mitoses. Les cellules éosinophiles furent rencontrées au cours des hémorragies sous-arachnoïdiennes, des méningites nécrotiques réactionnelles, des méningites purulentes, des méningites tuberculeuses et syphilitiques, des tumeurs cérébrales, des méningites épidémiques et de la cysticercose méningée, où ces cellules sont particulièrement nombreuses. Le diagnostic de cysticercose peut être établi quand le nombre de cellules éosinophiles dépasse 13 %.

Les mitoses peuvent être observées dans la cysticercose, la méningite épidémique, la méningite tuberculeuse, la méningite nécrotique réactionnelle de Babinski et Gendron et les tumeurs cérébrales. Le plus souvent, les mitoses ont un caractère inflammatoire et histiocytaire. A l'heure actuelle, il est difficile d'attribuer aux mitoses, dans le liquide céphalo-rachidien, une valeur diagnostique importante.

FRIBOURG-BLANC.

La valeur pour le pronostic, des réactions liquidiennes négatives chez les syphilitiques (Die prognostische Bedeutung des negativen Liquorbefunds bei Syphilitikern), par Esbern LOMHOLT. *Acta psychiatrica et neurologica*, X, 3, 1935, Copenhague.

Il semble démontré qu'un liquide céphalo-rachidien trouvé normal chez un syphilitique latent traité, exempt notamment de tout signe clinique de neurosyphilis, ne devient qu'exceptionnellement positif ultérieurement. Toutefois, les opinions sont encore partagées. Bien que l'examen du liquide soit de plus en plus systématiquement pratiqué chez tous les spécifiques en traitement, tous les auteurs n'admettent pas la valeur de cet examen pour le pronostic. L'auteur a examiné le liquide céphalo-rachidien de 38 syphilitiques latents, 1 à 10 ans après l'examen négatif précédent. Dans 32 cas, le liquide était normal. Dans 6 cas, de réactions lymphocytaires très légères où des réactions de Bordet-Wassermann subpositives furent constatées. Le problème mériterait d'être élucidé par des recherches nouvelles, son importance pratique étant incontestable.

E. BAUER.

Développement historique des notions sur le liquide ventriculo-arachnoïdien, par G. AYLA. *Neopsichiatria*, septembre 1935.

Résumé de conférences faites par l'auteur à la Clinique neurologique des Sciences. On y retrouve une très riche bibliographie et l'exposé de toutes les étapes depuis Aristotélès, des recherches faites sur cette question, étape philosophique, étape anatomique (xviii^e siècle), étape physiologique débutant aux classiques expériences de Magendie, enfin étape contemporaine anatomo-physiologique, chimique et clinique.

Paul ABÉLY.

Le liquide céphalo-rachidien dans les polynévrites, par Jorgen MADSEN. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. X, fasc. 3, pp. 357-383, Copenhague, 1935.

Les examens des liquides céphalo-rachidiens au cours des polynévrites prouvent que la participation méningée est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait tout d'abord soupçonnée. L'hyperalbuminose et la lymphocytose observées remettent au premier plan le problème étiologique et permettent de déterminer le rôle trop méconnu des états infectieux.

P. CARRETTE.

Résumé d'observations métabolométriques basales chez les malades mentaux (Resumen de observaciones metabolimétricas basales en enfermos psíquicos), par Joaquín J. ALIER-GÓMEZ. *Revista Medica de Barcelona*. T. XXIII, n° 134, pp. 99-102, février 1935.

Le travail publié par le professeur Mira en 1931 sur « la valeur pronostique du métabolisme basal dans la psychose maniaque-dépressive » a guidé les recherches de M. Alier-Gómez. La difficulté de trouver un test biologique valable pour étayer le diagnostic et le pronostic dans la plupart des psychoses rend particulièrement intéressants les présents résultats. Dans la pratique courante, on se trouve le plus souvent en face d'un syndrome, — confusion, anxiété, dépression ou délire, — et les éléments précis faisant prévoir l'évolution, font défaut. Le métabolisme basal constituerait un signe dont les variations anticiperaient sur l'apparence clinique, abaissé dans la dépression, augmenté dans la manie. Il fournirait, en outre, un point de départ rationnel aux essais thérapeutiques.

P. CARRETTE.

Stase papillaire et papillite. Diagnostic différentiel par le dosage des protéines de l'humeur aqueuse (Choked Disk and Papillitis : Differential Diagnostis by the Protein Content of the Aqueous), par Elias SELINGER, *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIII, n° 2, pp. 360-367, février 1935.

L'examen ophtalmologique ne suffit pas toujours à diagnostiquer la nature de l'altération papillaire. M. Selinger propose de déterminer la teneur en albumine du liquide prélevé dans la chambre antérieure de l'œil par la réaction à l'acide trichloracétique. Le taux de 0,02 % est noté dans l'œdème papillaire ; il s'élève aux environs de 0,04 % dans les états irritatifs et peut s'élever à 0,10 % dans la papillite inflammatoire.

P. CARRETTE.

La chimie du cerveau dans l'arriération mentale (The Chemistry of the Brain in the Mental Defective), par W. R. ASHBY et Ada GLYNN. *The Journal of Neurology and Psychopathology*. T. XV, n° 59, pp. 193-209, janvier 1935.

L'évolution du cerveau humain est marquée par une augmentation de la substance cytoplasmatique par rapport à la substance nucléaire. Chez les arriérés, les protéines phosphorées sont en proportion supérieure, soit par manque de maturité cellulaire, soit par excès de névroglie et sans doute pour ces deux raisons en même temps. L'équilibre hydrique est également rompu par excès dans les cerveaux déficients. La myéline, le cholestérol et les phosphates ne présentent pas de modifications intéressantes.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude de la physiologie du lobe occipital, chez l'homme.
(Zur Physiologie der Okzipitalregion des Menschen), par H. URBAN. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Vol. 92, 1, 1935.

Il résulte des recherches expérimentales entreprises par l'auteur sur 5 malades, que les excitations faradique et galvanique de la première circonvolution occipitale sont également capables de provoquer des sensations optiques. Mais ces sensations diffèrent suivant la nature du courant employé, quant à leur forme et quant à leur localisation. Les photopsies dues à l'excitation faradique apparaissent toujours dans le champ visuel opposé, ce sont des images arrondies : cercles ou disques, lumineux, colorés, jaunes ou bleus le plus souvent. Elles se déplacent en direction temporale et sont accompagnées d'un mouvement conjugué des yeux dans le même sens. Les photopsies produites par l'excitation galvanique consistent en figures pointues, dentelées, étoilées ; elles sont fugaces, elles décrivent des mouvements circulaires, elles ne sont pas accompagnées de mouvements oculaires, elles cessent de se produire au bout d'une certaine durée d'excitation. Enfin, l'excitation faradique agit en application superficielle, tandis que le courant galvanique n'agit qu'en application profonde, sur la substance blanche.

E. BAUER.

Catatonie expérimentale et activité des centres corticaux sensitivo-moteurs
(Catatonía sperimentale ed attività dei centri corticali sensitivo-motori), par Enrico MONDIO (Messine). *Rivista di Patol. nerv. e mentale*, mai-juin 1935, p. 627 à 652.

L'auteur a étudié l'excitabilité électrique des centres signoïdes du chien au cours de la catatonie par la bulbo-capnine. Il donne quatre protocoles d'expériences, d'où il conclut que « aucun des phénomènes, ni d'inhibition, ni d'excitation, ne s'accompagne de variations appréciables de l'excitabilité et de l'activité réflexe des centres corticaux sensitivo-moteurs, ni du comportement spontané des animaux relativement au phénomène d'épilepsie expérimentale. Les convulsions épileptiformes observées au cours de l'expérience consécutivement aux fortes doses de bulbo-capnine étaient certainement toujours d'origine non corticale. De là, apparaît non fondée l'hypothèse soutenue par les partisans de la théorie corticale de la catatonie expérimentale et celle d'une action spécifique élective de la bulbo-capnine sur les éléments de la zone corticale sensitivo-motrice ». Bibliographie.

Henri Ey.

Recherches sur la localisation du centre respiratoire du bulbe, par les D^{rs} Mares CAHANE et Tatiana CAHANE (Travail de la section neuro-psychiatrique de l'Hôpital de Dicioşon Martn). *Journal de neurologie et de psychiatrie* (Novembre 1935).

Après un exposé historique sommaire et un succinct aperçu philogénétique, les auteurs rapportent les résultats des destructions qu'ils ont pratiquées sur la substance réticulaire du bulbe dans le but d'examiner l'effet produit sur la fonction respiratoire. La piqure brusque du bulbe au niveau du calamus scriptorius n'a provoqué aucun trouble respiratoire chez 11 chiens. L'étude de deux cas où les lésions étaient peu étendues, l'examen

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Juillet 1936.

22.

anatomique d'un cas de maladie de Landry inclinent à penser que la tendance de faire de la substance réticulée du bulbe le centre respiratoire n'est pas expérimentalement fondée. La localisation appartient-elle à l'un des noyaux du vague ? Les auteurs affirment, comme Marinescu (1897), que la destruction du noyau dorsal du vague chez le chien et la chatte n'arrête pas la respiration. Pour eux, il n'y a pas de centre régulateur bulbaire de la fonction respiratoire. Certes des formations nerveuses transmettent la sensibilité des voies aériennes, mais les centres moteurs respiratoires se trouvent au-dessous du bulbe dans la moelle cervicale. Enfin on a trouvé des centres régulateurs, accélération ou ralentissement du système respiratoire, au-dessus de la moelle allongée.

M. LECONTE.

Etudes sur la pathophysiologie de la schizophrénie (Studien zur Pathophysiologie der Schizophrenie), par Carl RICHELING et Robert STROMME (Friedrichsleig). *Zeitschr. f. d. g. Neuro und Psych.*, Tome CXLVII, p. 61 à 72.

Les auteurs ont étudié la sédimentation, la labilité et la fibronogéine dans le plasma des schizophrènes. Chiffres normaux de sédimentation. Dans de nombreux cas, le fibromogène atteignait des taux élevés. Ils ont également étudié les relations de la réaction albuminurique de Kafka-Samson et du nombre des éléments cytologiques dans le liquide céphalo-rachidien, qui montreraient des altérations liquidiennes dans la schizophrénie, lesquelles pourraient offrir, disent les auteurs, une garantie médico-légale (forensische Sicherheit). Ceci démontre, certes, que la méthode objective de laboratoire n'exclut pas la hardiesse d'esprit.

Henri Ey.

Spécificité du streptocoque isolé dans les études sur les maladies du système nerveux. Reproduction expérimentale de l'éternuement persistant et des convulsions (Specificity of Streptococci Isolated in Studies of Diseases of the Nervous System. Experimental Reproduction of Persistent Sneezing and Convulsions), par Edward C. ROSENOW. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXI, n° 2, pp. 138-160, février 1935.

Certaines formes légères d'encéphalite et certaines complications nerveuses post-grippales seraient imputables au streptocoque isolé dans le naso-pharynx. Les cultures suivies de réinoculations permettraient de reproduire les phénomènes spasmodiques, — éternuement et convulsions, — observées comme séquelles de l'infection primitive.

P. CARRETTE.

Les oscillations fonctionnelles journalières chez les individus sains et chez les malades (Essai de sémiologie horaire), par G. B. CACCIAPUTI. *L'Ospedale Psichiatrico*, Naples, octobre 1935.

Dans les diverses fonctions physiologiques et dans les conditions normales ou pathologiques, on remarque des changements d'horaires constants dans la journée et caractéristiques pour chaque forme. Les courbes fébriles, les accès thermiques pathologiques se développent par étapes et par accès successifs et ont un type diurne utile à identifier. En général,

chez les sujets hypervagotoniques et qui présentent de l'alcalose des tumeurs, les manifestations pathologiques ont tendance à concentrer leurs manifestations dans la nuit et dans les premières heures du matin. Les sujets sympathicotoniques se comportent différemment ; les heures du jour sont les plus convenables à la thérapeutique. L'usage du sang au titre de l'auto-hémothérapie montre que ce sang contient dans les heures spécifiques de la journée, pour chaque maladie, des substances antigènes utiles, et cela en proportion de l'intensité des phénomènes pathologiques dans les heures du prélèvement. L'auteur accorde à cette clinéologie horaire, qu'il faut toujours rechercher systématiquement, une importance thérapeutique certaine.

Paul ABÉLY.

ENDOCRINOLOGIE

La sécrétion interne du cervelet (le secrezione interna del cervelletto), par Tomasso SENISE (Naples). *Il Cervello*, novembre 1935, p. 348 à 358.

Après sa note de l'année dernière, l'auteur revient une fois encore sur la plausibilité d'une activité sécrétoire du cervelet et notamment du noyau dentelé. Une fois encore il exprime les raisons qui lui font croire à cette sécrétion et il conclut que la démonstration expérimentale approche...

Henri Ex.

Aspects histologiques de la pinéale relativement à l'état gravidique (Aspetti istologici della pineale in rapporto allo stato gravidico), par Vittorino DESOGUS (Cagliari). *Rivista di Pat. nerv. e mentale*, mai-juin, 1935, p. 555 à 590.

L'auteur, à qui nous devons d'importants mémoires sur l'histologie comparée des formations neuro-endocriniennes de la base et du tronc du cerveau, étudie dans ce travail l'involution des éléments histologiques de la glande pinéale au cours des maternités répétées et notamment durant la grossesse et le puerpérum. De tels faits renforcent la notion de l'antagonisme du système tyro-surréno-hypophysaire, d'une part, et du système pinéo-génital, d'autre part. Très intéressante bibliographie.

Henri Ex.

Tumeur gliale de la glande pinéale. Contribution anatomo-clinique à l'étude de ces tumeurs, par H. SCHAEFFER. *La Clinique*, n° 240, pp. 58-60, février 1935.

Observation exceptionnelle à tous points de vue. Gliome de l'épiphyse chez l'adulte. Pas de troubles du développement évoquant des dysharmonies glandulaires. Syndrome d'hypertension intracrânienne et cérébello-pyramidale avec confusion mentale et incurie. La ponction lombaire a été très mal supportée et la ventriculographie, qui révèle une compression du 3^e ventricule dans la région épiphysaire, est suivie rapidement des accidents terminaux.

P. CARRETTE.

Recherches récentes sur les capsules surrénales (Recent Researches on the Suprarenal Gland), par E. BRAUER. *The Irish Journal of Medical Science* n° 109, pp. 39-42, janvier 1935.

Le rôle des surrénales ne se limite pas à son action sur la tension artérielle et sur l'équilibre neuro-végétatif. L'hormone capsulaire exercerait une influence synergique sur les glandes sexuelles. Elle agit, non seulement sur le métabolisme des hydrates de carbone, mais encore sur celui des graisses et de la cholestérine. Elle augmente la résistance aux infections et aux poisons chimiques. Son emploi serait indiqué dans les maladies du foie et des voies biliaires.

P. CARRETTE.

Contribution à la pathogénèse de la maladie de Cushing, par Frantisek KLEIN et Helena WAGNEROVA-HATRICOVA. *Revue tchèque de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 4, pp. 65-76, avril 1935.

Les faits cliniques sont : la dyspnée, l'obésité progressive, les altérations trophiques de la peau, l'hirsutisme, la cystite chronique, la dépression grave. La mort survient par accidents septiques. Les auteurs notent encore les altérations de la selle turcique, la dilatation du cœur, l'augmentation du métabolisme basal et les troubles du métabolisme hydrocarboné avec sensibilité marquée à l'insuline, la labilité végétative. Le diagnostic posé est celui de la maladie de Cushing, affection primaire de l'hypophyse dans la forme d'une hyperplasie adénomateuse des cellules basophiles.

P. CARRETTE.

Contribution au diagnostic de la maladie de Cushing, par C. KOSMOLA NOWINY LEKARSKIE. T. 47, fasc. 21 du 1^{er} Novembre 1935.

L'auteur rapporte l'observation d'une fillette âgée de 10 ans atteinte de maladie de Cushing. Parmi les symptômes particulièrement manifestes, l'enfant présentait de l'adipose douloureuse, de l'ostéoporose et des troubles psychiques. Kosmala conclut que la maladie de Cushing ne doit pas être considérée comme une entité morbide indépendante, mais comme une affection intéressant toutes les glandes endocrines où l'hypophyse joue un rôle prépondérant. La symptomatologie de la maladie de Cushing rappelle les troubles de la sénilité et on est autorisé à se demander si l'hypophyse ne joue pas un rôle décisif dans le vieillissement.

FRIBOURG-BLANC.

Maladie de Cushing avec paraplégie spasmodique, par G. GIRAUD, J. MARGAROT et P. RIMBAUD. *La Presse Médicale*, n° 42, pp. 841-843, 25 mai 1935.

Le syndrome de Cushing caractérisé par l'obésité, l'hypertrichose, l'aménorrhée, l'hypertension, la polyurie, n'a pas été identifié en France sous le diagnostic du basophilisme hypophysaire. Aussi bien, la paraplégie associée est plutôt considérée comme le résultat de la métastase d'un hypernéphrome. Cushing reconnaît que l'hyperplasie cortico-surrénale est souvent associée au syndrome qu'il a décrit, mais il considère cette altération comme un phénomène secondaire sous la dépendance d'une lésion de l'hypophyse.

P. CARRETTE.

Maigreur et insuffisance ovarienne d'origine hypophysaire, par M. Couchet. *La Médecine pratique*, nos 4 et 5, pp. 93-97 et 125-128, 20 avril et 20 mai 1935.

Les troubles du cycle sexuel peuvent évoluer sans participation primitive des ovaires. Ils créent des syndromes cérébro-hypophysaires, par exemple la dystrophie adipo-génitale, maladie de Fröhlich et de Laurence-Biedl. M. Couchet étudie une variété méso-diencephalique à manifestations d'apparence sexuelle en rapport avec un ralentissement physiologique et avec la grossesse le plus généralement, la maladie de Simmonds, caractérisée par un amaigrissement intense, l'insuffisance des fonctions génitales, l'éosinophilie, l'hypertension et les troubles circulatoires des extrémités, la diminution du métabolisme basal.

P. CARRETTE.

Sur certaines modifications de l'hypophyse après une lésion du centre infundibulaire régulateur de la fonction génitale, par Mares et Tatiana CAHANE. *Revue française d'Endocrinologie*, T. XIII, n° 5, pp. 366-371, octobre 1935.

La destruction du centre infundibulaire qui commande aux synergies hypophyso-génitales opère par l'intermédiaire de noyaux régulateurs végétatifs diencephaliques. Les auteurs contrôlent les expériences classiques et vérifient chez l'animal l'importance des réflexes photo-pituitaires et rhinopituitaires dans la vie sexuelle.

P. CARRETTE.

Les corrélations hypophyso-endocriniennes. — III. Hypophyse et glandes mammaires, par R. RIVOIRE. *La Presse Médicale*, n° 2, pp. 204-206, 6 février 1935.

On désigne sous le nom de « Prolactin » l'hormone lactogène hypophysaire. Son hypersécrétion est observée dans les galactorrhées associées à certaines affections hypophyso-mésencéphaliques. Il existerait, au cours de la lactation, une hyperactivité spéciale de l'hypophyse antérieure, inhibitrice de l'ovaire, et qui pourrait expliquer l'aménorrhée correspondante.

P. CARRETTE.

Les corrélations hypophyso-endocriniennes. — IV. Hypophyse et surrénales, par R. RIVOIRE. *La Presse Médicale*, n° 18, pp. 344-346, 2 mars 1935.

La découverte de la stimuline adrénotrope de l'hypophyse est récente. Elle complète les observations faites dans la maladie d'Addison et dans les tumeurs pituitaires. On sait également que l'extirpation d'une surrénale ne détermine plus d'hyperplasie compensatrice de l'autre chez l'animal hypophysectomisé. La cortico-stimuline serait sécrétée par les cellules basophiles et l'insuffisance surrénale pourrait être fréquemment secondaire à un trouble du fonctionnement hypophysaire.

P. CARRETTE.

Les corrélations hypophyso-endocriniennes. — V. Hypophyse et parathyroïdes, par R. RIVOIRE. *La Presse Médicale*, n° 27, pp. 528-530, 3 avril 1935.

La preuve de l'existence d'une parathyro-stimuline hypophysaire est facile à établir puisqu'on possède un moyen sûr de dépister les altérations fonctionnelles parathyroïdiennes par le dosage du calcium et du phosphore sanguin. Son rôle dans la tétanie par insuffisance et dans l'ostéose par hyper-sécrétion n'est pas catégoriquement affirmé, mais les présomptions sont nombreuses. Citons un argument capital : la coïncidence d'un excès de parathormone et de la décalcification gravidiques.

P. CARRETTE.

Les corrélations hypophyso-endocriniennes. — VI. Hypophyse et pancréas, par R. RIVOIRE. *La Presse Médicale*, n° 38, pp. 757-761, 2 mai 1935.

L'hypophyse et le pancréas jouent un rôle prépondérant dans le métabolisme des glucides. Trois hormones glucidiques sont à étudier dans l'hypophyse : la pancréato-stimuline, l'hormone diabétogène et l'hormone glyco-génolytique. Les résultats de l'expérimentation démontrent que théoriquement le traitement du diabète serait plus effectif s'il agissait directement sur l'hypophyse plutôt que de s'adresser au régime et à l'insuline. Pratiquement, la pancréato-stimuline n'a que des applications limitées, la radiothérapie est insuffisante. Reste l'ablation de l'hypophyse, corrigée par une opothérapie adéquate. M. Rivoire entrevoit dans un avenir relativement proche l'entrée du diabète grave insulino-résistant dans le domaine de la neuro-chirurgie.

P. CARRETTE.

La Dysostose hypophysaire (Maladie de Shüller. Syndrome de Christian). Xanthomatose crânio-hypophysaire, par L. BONHOMME. *Revue Médicale française*, n° 4, pp. 355-368, avril 1935.

Ostéoporose lacunaire des os du crâne, exophtalmie, diabète insipide constituent la triade symptomatique de la dysostose dite hypophysaire, bien que son origine pituitaire n'ait pas été prouvée. Il est possible que l'ostéoporose soit la maladie primitive, les autres signes s'expliquant par compression. Le trouble trophique est-il dû à une perturbation humorale ? S'agit-il d'une altération du système réticulo-endothélial comme tendrait à l'établir l'existence de la xanthomatose ? La question reste entière et l'action presque élective de la radiothérapie ajoute encore à notre incertitude sur les causes du syndrome.

P. CARRETTE.

Métabolisme hydrocarboné. Effets des lésions hypothalamiques et de la stimulation du système nerveux automatique (Carbohydrate Metabolism. The Effect of Hypothalamic Lesions and Stimulation of the Automatic Nervous System), par Loyal DAVIS, David CLEVELAND et W. R. INGRAM. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIII, n° 3, pp. 592-615, mars 1935.

L'extirpation expérimentale du pancréas produit un diabète intense, mais ni l'hyperglycémie, ni la glycosurie n'apparaissent si on détruit au préalable l'hypophyse ou les noyaux hypothalamiques. Par contre, les lésions

localisées au tuber cinereum n'empêchent pas le diabète. Celui-ci serait également obtenu par stimulation du ganglion sympathique cervical supérieur et empêché par la section des splanchniques.

P. CARRETTE.

Influence de l'hormone parathyroïdienne sur la cicatrisation des plaies cutanées expérimentales, par M. CAHANE. *Bulletin de la Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*, XVI^e année, n° 1, pp. 43-44, 1935.

La parathyroïde jouerait un rôle trophique sur la peau. Des animaux atteints de plaies expérimentales ont été parathyroïdectomisés et traités par la Parathormone. Il semble que la trophicité cutanée normale n'est compatible qu'avec la sécrétion optimum des parathyroïdes. On connaît par ailleurs les résultats encourageants obtenus dans la sclérodermie par la parathyroïdectomie partielle.

P. CARRETTE.

Le goitre dans la province de Gênes (Il gozzismo in Provincia di Genova), par Salvatore BAGNASCO (Gênes). *Giorn. di Psichiatria e di Neuro*, II, 1935, p. 193 à 227.

Etude de la répartition des foyers endémiques dans la province de Gênes. Le pourcentage de thyroïdes pathologiques atteint 18,50 % pour les femmes, et 17 % pour les hommes en certains points. Les mesures prophylactiques ont donné des résultats satisfaisants.

Henri Ey.

Les manifestations nerveuses et mentales du myxœdème (The Nervous and Mental Manifestations of Myxoedema), par Harry Lee PARKER. *The Irish Journal of Medical Science*, n° 3, pp. 124-127, mars 1935.

Le myxœdème est lié à un certain ralentissement somatique et psychique. On a décrit toutes sortes de syndromes neuro-psychiques associés, qui n'offrent pas nécessairement des rapports avec l'hypothyroïdie. Sont plus spécialement liés au myxœdème : les états d'obnubilation, la fatigabilité, des bouffées anxieuses avec troubles sensoriels et une modification des réflexes tendineux consistant en réponse brusque avec retour très lent. La thérapeutique endocrinienne des manifestations neuro-psychiques atypiques et prédominantes est généralement décevante.

P. CARRETTE.

Psychoses du myxœdème (Psychoses of Myxoedema), par Louis J. KARNOSH et Richard E. SROUT. 90^e Meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, New-York, 28 mai-1^{er} juin 1934 in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 6, pp. 1263-1274, mai 1935.

Le myxœdème réalise une insuffisance glandulaire à prédominance thyroïdienne dont les répercussions sur l'état psychique varient avec les facteurs héréditaires, constitutionnels et environnants. Chez le sénile et l'artério-scléreux, le myxœdème contribue au ralentissement circulatoire

et favorise les poussées focales, la confusion, le délire et la dépression. A la ménopause, il intervient comme élément important du déséquilibre physiologique. Chez le sujet jeune, on le retrouve comme agent capital dans l'éclosion de certaines hétéophrénies, sans espoir d'amélioration par un traitement adéquat. Les extraits thyroïdiens sont au contraire indiqués dans les autres formes de complications mentales.

P. CARRETTE.

L'hyperthyroïdisme et les réactions psychobiologiques (Hyperthyroidism and Psychobiological Reactions), par S. KATZENELBOGEN et Frank H. LUTON. 90^e Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, New-York 28 mai-1^{er} juin 1934, in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 5, pp. 969-981, mars 1935.

L'hyperthyroïdisme ne saurait rester un trouble isolé. Il n'est toujours, cliniquement, que le syndrome dominant d'un déséquilibre endocrinien et neuro-végétatif. L'intoxication thyroïdienne peut créer des délires, des dépressions avec anxiété, en favoriser l'éclosion ou les aggraver. A l'état chronique, elle implique une altération de la personnalité. Toutefois les auteurs attirent l'attention sur le fait que des états toxi-infectieux peuvent entraîner des psycho-névroses avec un hyperthyroïdisme secondaire. D'autre part, l'ensemble du syndrome attribué au dysfonctionnement de la glande est mal délimité. La thyroïdectomie libère le patient de certains troubles, mais ne modifie pas toujours un ensemble d'anomalies psychobiologiques, malgré l'appoint prolongé de traitements médicaux complémentaires.

P. CARRETTE.

Manifestations psychiques associées à l'hyperthyroïdisme (Psychic Manifestations Associated with Hyperthyroidism), par Harold F. DUNLAP et Frederick P. MOERSCH. 90^e Meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, New-York, 28 mai-1^{er} juin 1934 in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 6, pp. 1215-1238, mai 1935.

L'hyperthyroïdisme est un état constitutionnel soumis à des variations évolutives : syndromes somato-biologiques et complications psychopathiques. Certaines formes mentales s'associeraient aux crises du désordre glandulaire, réalisant trois types que les auteurs décrivent. La psychose d'épuisement est plus spécialement liée au goitre exophtalmique. Le délire aigu est fréquemment une complication de l'adénome thyroïdien. Les poussées toxiques s'accompagnent de crises dysthymiques et notamment d'accès dépressifs. Le traitement iodé est un critère généralement démonstratif. L'intervention chirurgicale est contre-indiquée au cours des réactions psychosiques graves.

P. CARRETTE.

L'exophtalmie de la maladie de Basedow, par Félix TERRIEN. *Le Progrès Médical*, n° 21, pp. 877-883, 25 mai 1935.

L'exophtalmie basedowienne est assez facile à différencier pour permettre un diagnostic étiologique. M. Terrien rappelle qu'elle est bilatérale, directe, réductible, non inflammatoire et ne s'accompagne pas de troubles visuels.

Au surplus, dans les cas douteux, les signes associés ne manquent généralement pas : rétraction du releveur de la paupière, signe de Graefe ou défaut de parallélisme des mouvements palpébraux, rareté du clignement, insuffisance de la convergence (signe de Möbius). Le traitement n'agit pas isolément, mais sur l'ensemble du syndrome thyroïdien. L'auteur préconise l'hématoéthyrine, l'iode et l'ésérine contre l'excitation du sympathique.

P. CARRETTE.

Alopécie et décoloration des poils chez les rats soumis au traitement thyroïdien et thyroxinique, par M. CAHANE. *Bulletin de la Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*, XVI^e année, n° 1, pp. 39-40, 1935.

Les injections d'hormones thyroïdiennes ont démontré l'action de la glande sur la trophicité des plumes et des poils. M. Cahane vérifie ces données par injections chez le rat d'extrait thyroïdien et de thyroxine et note le blanchiment partiel de certaines régions, l'alopécie et d'autres altérations morphologiques des poils.

P. CARRETTE.

Sur la séro-interférométrie endocrinienne, par M. LAIGNEL-LAVASTINE. *La Vie médicale*, n° 9, pp. 415, 10 mai 1935.

L'interférométrie permet d'établir le rapport inversement proportionnel de l'activité antifermentaire par rapport au fonctionnement glandulaire corrélatif. M. Laignel-Lavastine fait confiance aux progrès techniques de la méthode qui doit servir à apprécier la valeur de la thérapeutique endocrinienne, l'état des corrélations fonctionnelles et des activités glandulaires au moment même de l'examen.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Quelques réflexions sur les bases scientifiques de l'hygiène mentale et ses applications, par A. REPOND. *L'évolution psychiatrique*. Fasc. 1, 1935.

L'hygiène mentale est contemporaine de l'assistance aux malades. Depuis les temps les plus reculés, on la pratique sans lui donner son nom. M. Repond la considère dans son sens le plus large, de la prophylaxie des maladies vénériennes aux essais d'éducation morale collective.

Plus précisément, elle a pris récemment un nouvel essor. Il ne faut pas voir dans cet important progrès une succession curieuse de hasards. Si Clifford Beers, émule de Saint-Jean de Dieu, a pu retenir l'attention de William James et d'Adolphe Mayer, c'est que sa passion et son génie ont éclaté dans une atmosphère propice. Les progrès de la science, l'inquiétude humaine, la psychanalyse, la sécurité collective, l'hygiène mentale sont des manifestations humaines logiques devant les problèmes présents. M. Repond a confiance dans l'effort de l'homme et il espère que l'hygiène mentale lui apprendra, après avoir dominé les éléments, à se dominer lui-même.

P. CARRETTE.

Le psychiatre dans la Cité, par Jean LÉPINE. *Le Progrès médical*, n° 23, pp. 1000-1001, 8 juin 1935.

Magnan n'a pas seulement doté la psychiatrie d'un éminent clinicien, il a aussi contribué à répandre les notions d'hygiène mentale indispensables. Il n'y a pas de périodes de notre histoire où elles furent plus nécessaires qu'aujourd'hui. Le professeur Lépine espère que les Facultés comprendront l'importance de ce rôle éducateur qui peut faire du médecin un conseiller précieux, dont les devoirs « commencent au patient et s'élèvent jusqu'au service de l'humanité ».

P. CARRETTE.

Strabisme ou loucherie et hygiène mentale, par le Dr Alfred DESLOGES, Ophthalmo-oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Notre-Dame, de Montréal (*l'Union Médicale du Canada*, avril 1936).

M. Alfred Desloges rappelle ici les variétés et les principales causes de strabisme, ses modes de traitement médical et chirurgical, montrant par des photographies très démonstratives les résultats obtenus par le traitement chirurgical. Il insiste avec raison sur l'importance de ces résultats et sur les conséquences du succès thérapeutique au point de vue de la prophylaxie neuro-psychiatrique chez l'adulte comme chez l'enfant.

Cet article a été édité à part sous forme d'une brochure distribuée sous les auspices du Comité National d'Hygiène Mentale du Canada. En présentant ce travail, M. Clarence M. Hincks, Directeur du Comité National d'Hygiène Mentale du Canada, insiste à juste titre sur le rôle que peuvent jouer en hygiène mentale la médecine générale et la chirurgie.

René CHARPENTIER.

Stérilisation sexuelle (Sexual Sterilization), par C.-A. BARAGAR, Geo M. DAVIDSON, W. J. Mc. ALISTER et D. L. Mc. CULLOUGH. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 4, pp. 897-923, janvier 1935.

Les auteurs publient une très importante statistique, résultat de 4 ans de pratique après le *Sexual Sterilization Act d'Alberta* du 21 mars 1928. 288 sujets subirent la vasectomie ou la salpingectomie sans complications sérieuses, sans désordres psychiques secondaires. Tous étaient des arriérés. Tous étaient des déséquilibrés, auteurs d'actes antisociaux. Les conditions familiales défavorables, l'évidence d'une hérédité fâcheuse aussi bien que la nécessité d'une surveillance et l'intérêt scientifique commandent de compléter la stérilisation par une éducation et un effort de réadaptation destinés à lui donner son plein effet.

P. CARRETTE.

Sur l'hérédité de quelques maladies mentales, par M. J. KIRSHNER. *Polska Gazeta Lekarska*, T. XV, n° 9 du 1^{er} mars 1936, p. 160-163.

En raison du projet de la loi eugénique en Pologne, l'auteur étudie, au point de vue social, l'hérédité psychiatrique de l'épilepsie, de la débilité mentale, de la psychose maniaco-dépressive et de la schizophrénie. Il résulte de ces recherches que la plupart de ces affections sont héréditaires. Les données statistiques confirment que l'hérédité contribue dans de très larges

limites à la propagation de ces affections psychiques. L'auteur considère comme très indiquée la stérilisation obligatoire des individus frappés de ces psychoses. Cependant, dans l'application de la stérilisation obligatoire, certaines exceptions devraient être autorisées chez des malades doués de dons psychiques exceptionnels.

FRIBOURG-BLANC.

Le problème de la prostitution, par R. BOSCH. (*Revista de Medicina legal y jurisprudencia medica*, Tome I, n° 2, Juin 1935).

Le problème de la prostitution est une question vaste et complexe qui mérite de retenir les préoccupations du législateur. On doit en étudier les aspects médico-légaux afin d'essayer de le résoudre à l'aide de conceptions mûrement réfléchies et de dispositions appropriées respectant les conventions sociales et les anomalies de l'instinct sexuel, tout en protégeant en même temps des maladies vénériennes le patrimoine de la santé publique. Après avoir étudié les rapports de la sexualité avec le mariage, puis avec la prostitution, l'auteur rapporte une vingtaine d'observations, montrant que la chute est due le plus souvent à la séduction, l'ignorance, la cupidité et la misère. Abordant ensuite le problème si controversé de l'abolition ou de la réglementation, M. Bosch rappelle que l'Espagne, l'Italie, la France, le Portugal et toute l'Amérique latine, à l'exception de Cuba et du Brésil, sont réglementaristes et conservent les maisons de tolérance. Celles-ci sont supprimées, bien que la réglementation subsiste en Bulgarie, Hongrie, Lettonie et Pologne. Les « abolitionnistes » poursuivent un but moral, social et prophylactique en émancipant les prostituées des restrictions légales imposées par le régime de la réglementation. Le problème connexe du délit de contagion vénérienne, admis par plusieurs législations, pose, en raison de l'imprécision des délais et de la multiplicité des circonstances, des questions souvent ardues à résoudre par les juges et les médecins experts.

LAUZIER.

Etudes sur la population française : le suicide. A propos du rôle des toxiques dans le suicide, par G. ICHOK. *Biologie Médicale*, T. XXV, n° 2, pp. 49-92, février 1935.

Le travail de statistique de M. Ichok se heurte à de grandes difficultés. Il y a des suicides méconnus, dissimulés. L'auteur le reconnaît. On peut néanmoins observer une courbe croissante jusqu'à 1914 et une reprise lentement progressive depuis 1919. Les recherches sur les suicides par les toxiques prouvent l'importance des problèmes de sociologie et de prophylaxie mentale. On a beaucoup parlé de la réglementation de la vente des produits pharmaceutiques. M. Ichok ne pense pas que ce soit là un remède définitivement efficace. L'obstacle légal est toujours tourné. Le poison est remplacé par la noyade. Le retour à la terre, l'éducation morale des masses, la lutte contre la misère et la maladie sont les seuls moyens de prévention valables.

P. CARRETTE.

ASSISTANCE

Insuffisance des pouvoirs de l'Administrateur. Lacunes de la loi du 30 juin 1838, par Eugène RAIGA. *L'Aliéniste français*, n° 4, pp. 175-189, avril 1935.

Certaines retouches seraient à apporter à la loi de 1838 sur l'assistance des aliénés. Celles qui concernent les pouvoirs de l'administrateur ont été progressivement rendues nécessaires par une situation de fait. L'aliéné interné devait dans l'esprit du législateur guérir et retrouver la liberté ou être interdit. Dans la pratique, c'est la situation du malade longtemps interné et non interdit qui s'est trouvée être, non pas exceptionnelle, mais relativement fréquente. L'extension des pouvoirs de l'administrateur devrait porter sur la conclusion des baux de plus de 3 ans, les aliénations immobilières, la constitution d'hypothèque, les emprunts, l'acceptation des communautés et successions, des libéralités, les instances judiciaires, le partage amiable, les transactions, les règlements de conflits avec le Conseil judiciaire et avec le mari d'une femme internée.

P. CARRETTE.

Le mouvement « médical » pour l'enfance insuffisante et ses réalisations, par Georges d'HEUCQUEVILLE. *L'Aliéniste français*, n° 4, pp. 189-196, avril 1935.

Un Comité médical réuni en 1934 sur l'instigation de l'« Office d'orientation », sous la présidence du professeur Laignel-Lavastine, a mis au point un projet de centre de cure intensive et de rééducation agricole pour garçons insuffisants de 5 à 18 ans. La réalisation en est commencée à La Villetertre (Oise), à 50 kms. de Paris. Le centre sera aménagé pour 800 enfants non assistés, améliorables mais réfractaires à la discipline scolaire et non récupérables par les méthodes des écoles spécialisées. Le préjugé contre les Asiles sévit encore, même contre les services ouverts annexés. Il est donc indispensable d'installer de nouveaux centres comme celui de La Villetertre, où l'assistance médicale et la réadaptation seront institués, soit en cure libre, soit sous le contrôle de la loi de 1838.

P. CARRETTE.

L'assistance des malades mentaux chroniques (La asistencia de los enfermos mentales crónicos), par Pedro ORTIZ RAMOZ. *Archivos de Neurobiología*, T. XV, n° 3, 443-448, 1935.

M. Ortiz Ramos se préoccupe des possibilités d'assistance des aliénés chroniques. C'est un problème qui est à la fois économique et d'organisation. Pour réaliser cette assistance il faut libérer les chroniques du service d'aigu au moment opportun, créer des services de chroniques suffisants, séparer rapidement les déments et les travailleurs. L'auteur utilise abondamment les conseils de Bratz sur le système gradué qui prévoit l'installation par échelons suivant les possibilités locales et les nécessités sociales les plus impérieuses : assistance prévue d'abord pour les alcooliques, les enfants anormaux, plus tard organisation des colonies familiales et de la centralisation hospitalière correspondante, enfin éducation du personnel médical et administratif spécialisé. Cette conception peut inspirer toute direction de l'Hygiène mentale et de la Santé publique qui réalisera le programme au fur et à mesure de ses moyens économiques.

P. CARRETTE.

Le travail des aliénés du point de vue économique-social (El Trabajo en los alienados desde el punto de vista económico-social), par Rafael HERNANDEZ RAMIREZ. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva* ; n°s 7 et 8, pp. 46-53 et 129-137, mars et juin 1935.

Deux objections, partant de points de vue opposés, ont été soulevées contre le travail thérapeutique des aliénés. L'une est une opposition de principe posée par le personnel infirmier qui serait lésé dans ses intérêts professionnels. L'autre fait état des difficultés matérielles et des dépenses engagées, mal compensées par le rendement insuffisant, gâchées par le gaspillage, sans profits psychothérapiques appréciables. M. Hernandez Ramirez répond à ces critiques par l'exposé de résultats positifs. Il tient compte des dispositions individuelles antérieures, mais aussi de la possibilité d'apprendre un métier à de nombreux malades. Il recommande d'équilibrer les travaux agricoles et d'atelier, de choisir des spécialités dont la technique soit enseignée par quelques employés éduqués. Une organisation bien comprise doit sauvegarder les intérêts de l'Asile, ceux du personnel, tirer le maximum de bénéfices du travail et assurer au malade le stimulant d'un pécule convenable.

Il nous manque un mot courant pour désigner la thérapeutique par le travail. Les Anglais disent « occupational therapy », Certains emploient « ergothérapie ». L'auteur du présent mémoire emprunte à Ferrer le terme de « laborterapia », qui pourrait être francisé.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de l'épilepsie par les vaccins antirabiques (Behandlung der Epilepsie mit antirabischen Vakzinen), par M. NIKOLIC. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1935, n° 37.

Jusqu'ici on s'est servi surtout du virus fixe vivant dans le traitement de l'épilepsie par le vaccin antirabique. L'injection de virus tué, chez un épileptique atteint de morsure de chien, a provoqué la suspension complète des crises pendant 3 mois, alors qu'avant l'injection elles se produisaient presque tous les jours. L'auteur suppose que l'endotoxine rabique a une action spécifique sur les cellules cérébrales des épileptiques, en état d'hypo-fonctionnement d'origine toxique ; cette action pourrait être régénératrice ou seulement fonctionnelle-passagère.

E. BAUER.

Recherches cliniques sur le traitement bromobarbiturique de l'épilepsie par une nouvelle préparation synergique italienne « Brolumin » (Ricerche cliniche sulla terapia bromobarbiturica delle epilepsie con un nuovo preparato sinergico italiano « Brolumin »), par le Professeur LÉVY-BIANCHINI (de Salerne). *Archivio generale di Neuro-Psichiatria e Psicoanalisi*, vol. XVI, 1935, p. 5 à 41.

L'action anticonvulsivante absolue, dit l'auteur, et la propriété de couper nettement une série d'attaques ou d'en empêcher le retour a été vérifiée dans 65 0/0 des cas sur 71 essais systématiques.

Henri Ey.

Du traitement par le sodoku dans les affections métasyphilitiques, par S. SŁOMCZYŃSKI. *Polka Gazeta Lekarska*, T. XIV, n° 44 du 3 novembre 1935, p. 794-796.

L'auteur préconise le sodoku pour remplacer la malariathérapie dans les affections métasyphilitiques. Il souligne parmi les avantages de la méthode sa bénignité, la facilité de garder la souche, l'extrême facilité de communiquer le sodoku aux malades, d'enrayer son évolution par l'emploi du salvarsan et même de graduer ses effets suivant la quantité de sang employé. Parmi les 17 cas soumis au traitement par le sodoku, se trouvaient un certain nombre de malades chez qui la malariathérapie avait échoué.

FRIBOURG-BLANC.

Influence des groupes sanguins dans l'inoculation de la malaria (Significance of Blood Groups in Inoculation Malaria), par Irving M. DERBY. *The American Journal of Psychiatry*, T. LXXXI, n° 4, pp. 881-895, janvier 1935.

L'inoculation de la malaria chez les paralytiques généraux peut-elle produire des effets variables suivant que le sang du donneur est du même groupe que celui du sujet inoculé ou d'un groupe étranger ? M. Derby a noté des accidents précoces : abcès, hémorragies, broncho-pneumonies, une diminution du temps d'incubation, des réactions thermiques excessives dans les cas d'incompatibilités sanguines. Toutefois, les effets secondaires ne paraissent pas en être modifiés. Les accidents de choc ne joueraient aucun rôle sur l'évolution clinique ultérieure et sur la thérapeutique anti-luétique de la paralysie générale.

P. CARRETTE.

Contribution à l'histoire de l'impaludation dans la thérapeutique psychiatrique au milieu du XIX^e siècle en Alsace, par E. GELMA et J. FEISSEN (de Strasbourg). Présentation faite par M. H. CLAUDE (Bulletin de l'Académie de Médecine. Séance du 26 Novembre 1935).

Nul n'ignore que l'emploi thérapeutique de la malaria tierce dans la paralysie générale s'est vulgarisé depuis 1917 grâce aux travaux du Viennois Wagner Jauregg. Mais auparavant, d'autres auteurs avaient eu l'attention attirée sur les rapports entre la malaria et la paralysie générale. Galien conseillait déjà la malaria pour guérir la mélancolie et nombre d'auteurs du XIX^e siècle ont souligné l'influence heureuse du paludisme sur les troubles mentaux. Esquirol en France, Koster, dans sa thèse (1848), en Allemagne, concluaient à cette action favorable de la malaria.

Dagonet, Médecin-Chef de l'Asile de Stépansfeld avant 1870, parlait déjà en 1850, dans son rapport d'asile, de l'action de l'épidémie de fièvre des marais sur les maladies mentales. Après avoir cité un long et intéressant passage de ce rapport montrant qu'il y a 85 ans, le paludisme était considéré comme une névrose et que pour Baillarger, il faisait le lit de l'aliénation mentale, les auteurs citent encore les noms de Nasse (en 1869) et de Roseblum d'Odessa (en 1875). Alors que Baillarger niait l'action curative du paludisme, maladie anémiant donnant libre cours à l'excès, à la prédominance du système nerveux, les deux derniers auteurs cités, au

contraire, affirmaient et montraient l'effet utile de la malaria tierce sur la maladie de Bayle.

Maurice LECONTE.

La thérapeutique des états parkinsoniens par l'atropine à hautes doses
par J.-A. CHAVANY, *Le Bulletin Médical*, n° 7, pp. 128-129, 16 février 1935.

M. Chavany propose l'emploi d'une solution de sulfate d'atropine à 50 cgr. pour 100 cmms. chez les parkinsoniens. Il commence par 3 gouttes et il a pu monter jusqu'à 100 en 24 heures, ce qui correspond à 25 mmgr. La surveillance étroite et continue est nécessaire. Il ne saurait être question de guérison, mais les troubles spasmodiques auraient pu être améliorés largement et le traitement poursuivi malgré la sécheresse et la soif, les troubles de l'accommodation et l'hypotension, inconvénients qu'il importe de corriger dès leur apparition.

P. CARRETTE.

Les résultats de la « cure bulgare » dans les maladies nerveuses et particulièrement dans les syndromes encéphalitico-parkinsoniens (I risultati della cura « bulgara » nelle malattie nervose e particolarmente nelle sindromi encefalitiche parkinsoniane), par Osvaldo MECO (Florence). *Il Cervello*, septembre 1935, p. 285 à 315.

L'auteur a étudié 100 cas de maladies nerveuses (tous les cas sont des observations de syndromes d'encéphalite épidémique chronique, mais l'auteur a cru bon de rapporter 3 ou 4 observations hétérogènes de tics, d'encéphalopathies infantiles, etc.) traités par les doses élevées de « racine bulgare » (racine de belladone). L'auteur s'est servi d'une décoction dans un litre de vin blanc (obtenue par un quart d'heure d'ébullition) de 50 gr. de racine, administrée par doses croissantes de 3 cm³ jusqu'à 100 et 110 cm³. La dose moyenne efficace lui a paru être de 50 cm³. L'ensemble des résultats a été satisfaisant. La rigidité notamment a été très améliorée. L'apaisement des crises oculogyres a paru être en grande partie dû à un facteur de suggestion. Les troubles psychiques ont donné pour certains symptômes les meilleurs résultats. Ils seront publiés ultérieurement.

Henri EX.

Considérations sur les effets de la parathyroïdectomie unilatérale dans la maladie de Parkinson, par L. CORNIL, J. PAOLI et J. ALLIEZ. *Le Progrès Médical*, n° 6, pp. 217-221, 9 février 1935.

Certaines formations sous-thalamiques, étagées jusqu'au bulbe en petits noyaux à cellules pigmentées, joueraient un rôle dans le métabolisme musculaire troublé chez les parkinsoniens. La régulation de ces éléments nerveux s'effectuerait par l'intermédiaire des glandes endocrines de la parathyroïde notamment. Tels sont les faits que la thérapeutique interventionniste paraît confirmer. Les ressources du traitement chimique sont trop limitées dans la maladie de Parkinson pour qu'on néglige l'application de la parathyroïdectomie unilatérale, intervention dont les risques sont minimes à condition de contrôler l'état de la glande respectée et dont les effets, bien que transitoires, sont très rapidement satisfaisants.

P. CARRETTE.

La thyroxine chez l'enfant (Tiroxina en la infancia), par Juan C. PELLERANO et Samuel SCHERE. *La Semana Medica* n° 2139, pp. 133-143, 10 janvier 1935.

L'insuffisance thyroïdienne sous le masque clinique du myxœdème avec abaissement du métabolisme basal a été traitée par MM. Pellerano et Schere, avec le secours de l'opothérapie. Des différentes formes médicamenteuses, ils donnent la préférence à la thyroxine sur l'iode et les extraits d'organe. Le produit leur paraît plus actif, plus constant dans ses effets, mieux toléré.

P. CARRETTE.

Le dinitrophénol en thérapeutique, par A.-R. SALMON. *La Presse Médicale*, n° 18, pp. 341-342, 2 mars 1935.

Le dinitrophénol, employé d'abord contre l'obésité à la base de 25 mmgr. par jour, a prouvé son action profonde sur les tissus et les humeurs. On utilise aujourd'hui son pouvoir stimulant sur la nutrition et MM. Vermeulen et Heernu ont signalé les excellents résultats obtenus dans les états dépressifs. Il combat l'anorexie dans les gastronévroses par l'accélération des combustions et l'augmentation dûment constatée du métabolisme basal.

P. CARRETTE.

Le dinitrophénol dans la démence précoce (Dinitrophenol in Dementia Praecox), par Isidore FINKELMAN et W. Mary STEPHENS. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XV, n° 59, pp. 230-235, janvier 1935.

On connaît l'influence du dinitrophénol sur les combustions organiques. Leur augmentation considérable a permis d'utiliser le médicament dans l'obésité. Les auteurs ont étudié le rôle du dinitrophénol sur les troubles organiques de déments précoces à type hypopituitaire. Ils signalent d'intéressantes améliorations coïncidant, dans plusieurs cas, avec une rémission des troubles mentaux.

P. CARRETTE.

Prophylaxie des accidents dus aux arsénobenzènes. Méthode personnelle, par Jean BÉNECH. *La Presse Médicale*, n° 15, pp. 283-285, 20 février 1935.

Les modificateurs circulatoires administrés préventivement aux malades soumis au traitement par le Novar ne les mettent pas absolument à l'abri de la crise nitritoïde, dont l'issue est parfois mortelle. M. Bénech emploie comme solvant le glyco-colle à 4 %. Il suppose que la présence d'un acide aminé met à l'abri du choc en stimulant la fonction antitoxique du foie.

P. CARRETTE.

Psycho-polynévrite à type pseudo-tabétique consécutive à la thérapeutique aurique (Psico-polineuritide à tipo pseudo-tabetico consecutiva a terapia aurica), par A.-M. FIAMBERTI (Sondrio). *Il Cervello*, novembre 1935, p. 359 à 380.

A propos d'un cas personnel d'intoxication avec phénomènes nerveux et mentaux, l'auteur fait un historique de la chrysothérapie dans les maladies

mentales. Il croit que dans le cas particulier, l'or n'a agi que comme agent de déclenchement d'une polynévrite tuberculeuse latente.

Henri Ey.

Pathogénie et traitement de la migraine avec considération spéciale pour la migraine ophtalmoplégique, par L. WANDER (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XII, n° 16 et 17 des 25 avril et 2 mai 1935).

L'auteur rapporte deux cas de migraine ophtalmoplégique, qu'il attribue à l'état angiospastique comme la migraine banale et ophtalmique. Le traitement par l'angioxyl donne d'excellents résultats, surtout si on compare les effets produits par d'autres moyens thérapeutiques.

Fribourg-Blanc.

Contribution à la thérapeutique causale de l'accès aigu de migraine (Zur Frage der einer Kausaltherapie des akuten Migräneanfalls), par Erik GOLDKUHLE. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, X, 1 et 2, 1933, Copenhague.

L'expérience montre que certains malades, la grande majorité, ont, au cours de l'accès de migraine, un faciès pâle, alors que chez d'autres le faciès est rouge, congestionné. D'ailleurs, un certain nombre d'auteurs admettent que l'accès de migraine peut être dû, également, à des phénomènes de vaso-constriction et de vaso-dilatation centrales. L'auteur a obtenu des résultats favorables, dans le 1^{er} groupe (pâleur), par des injections intra-veineuses d'ergotamine, dans le 2^e groupe par des injections intra-musculaires d'acécoline.

E. BAUER.

Discussion clinique et thérapeutique de onze cas de coma barbiturique dont trois cas mortels malgré des injections intraveineuses de strychnine-coramine-alcool, par G. CARRIÈRE et Claude HURIEZ. *La Presse Médicale*, n° 24, pp. 465-469, 23 mars 1935.

Il faut reconnaître que les trois cas mortels ont été secourus tardivement, de 10 à 19 heures après l'intoxication. Appliquées immédiatement les thérapeutiques évacuatrice, adjuvante et antagoniste sont évidemment efficaces. C'est l'alcool qui paraît, pour les auteurs, présenter les plus grandes propriétés phylactiques. Ils s'élèvent à nouveau contre la liberté de la vente des barbituriques et réclament, pour le moins, leur inscription au tableau A.

P. CARRETTE.

Contribution à la physiologie thérapeutique des intoxications barbituriques, par R. MASSIÈRE et G. BEAUMONT. *La Presse Médicale*, n° 1, pp. 4-7, 2 janvier 1935.

L'intoxication par la strychnine a pu être combattue avec succès par le gardénal et inversement on annihile les accidents provoqués par les bar-

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Juillet 1936.

23.

bituriques grâce à la strychnine. La neutralisation des toxiques varie suivant la quantité d'ions libres et la possibilité de leur fixation par un radical par ailleurs libéré. C'est un phénomène comparable à celui de l'immunité par le jeu des toxines et des antitoxines. La neutralisation est toujours pratiquement imparfaite. Le poison et l'antagoniste ne superposent pas exactement leur action et les ions libres sont autant d'éléments toxiques. La méthode de la neutralisation des barbituriques par la strychnine a donc un effet limité, mais malgré son imperfection elle constitue le procédé de choix pour le traitement de ces intoxications.

P. CARRETTE.

Injections intrarachidiennes de phénolsulfophtaléine dans un but thérapeutique dans les maladies mentales (Iniezioni endorachidee di fenolsulfophtaléine a scopo terapeutico nelle malattie mentali), par Luigi CABITTO (Novara). *Giorn. di Psichiatria e di Neuro.*, II, 1935, p. 179 à 192.

L'auteur a appliqué la méthode de Boschi à 35 schizophrènes. Il a injecté dans les espaces sous-arachnoïdiens 1 cm³ d'une solution à 3 % de phénolphtaléine dans l'eau bidistillée légèrement alcalinisée, après soustraction de 10 à 12 cm³ de liquide céphalo-rachidien. Sur ces 35 malades, 12 ont été remis en liberté en rémission satisfaisante et 6 ont été améliorés. Les observations cliniques manquent trop de précision pour apprécier ces résultats peut-être intéressants.

Henri Ey.

Où doit-on soigner un psychopathe ? par Albert CRÉMIEUX. *Provence Médicale* n° 40, pp. 13-15, 15 janvier 1935.

Énoncé de quelques règles de conduite vis-à-vis des malades mentaux répartis en trois catégories : 1) ceux qu'on soigne à domicile (troubles psychiques des affections générales, certains épisodes aigus des psychonévroses) ; 2) malades à placer en maison ouverte ; 3) sujets à internier. Entre les 2^e et 3^e catégories, il n'est pas question de gravité des troubles, mais de possibilité de réactions anti-sociales et de nécessité d'une protection légale.

P. CARRETTE.

Distractions et travail intellectuel dans les asiles d'aliénés, par Paul WAHL. *L'Aliéniste français*, n° 3, pp. 132-140, mars 1935.

Les budgets d'Asile prévoient des crédits pour la distraction des malades. M. Wahl soumet quelques suggestions à propos de leur utilisation : achat de journaux et de livres, organisation des spectacles, reprise des travaux scolaires. Il formule des réserves sur la collaboration des pensionnaires et du personnel dans les services administratifs et appelle la nécessité d'isoler le plus précocement possible les malades aigus et curables dans l'intérêt de l'organisation du travail en dehors même du point de vue juridique.

P. CARRETTE.

Action de l'hydrothérapie sur le pH urinaire, par R. DUBOIS et M. DOGNY. *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 10 avril 1935.

Dans les psychonévroses la douche provoque le plus souvent l'orientation du pH urinaire vers l'acidité dans l'heure qui suit l'application. L'hydrothérapie exerce une action régulatrice sur l'équilibre vaguesympathique. L'alcalose accompagne en général l'anxiété et les troubles neurovégétatifs. La réaction brusque vers l'acidité explique la détente immédiate observée à l'occasion de la douche quotidienne.

P. CARRETTE.

Traitement chirurgical des tumeurs cérébrales (Opérabilité des tumeurs du 3^e ventricule), par José ARCE et Manuel BALADO. *La Semana Médica*, n° 2138, pp. 2-6, 3 janvier 1935.

La chirurgie cérébrale progresse rapidement grâce aux possibilités de diagnostic précoce des tumeurs, de localisation précise par la ventriculographie, grâce aussi au perfectionnement technique : anesthésie locale, emploi exclusif des instruments actionnés électriquement pour la trépanation et pour l'hémostase par coagulation. MM. Arce et Balado préconisent l'accès du 3^e ventricule par la voie transcaleuse après ponction du ventricule latéral.

P. CARRETTE.

Des résultats heureux de l'intervention tardive dans les fractures de la base du crâne, par BEAUSSENAT. *Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux libres*, 3 décembre 1934. *Archives Hospitalières*, n° 1, pp. 51-57, janvier 1935.

Le danger mortel des fractures de la base du crâne persiste ou réapparaît parfois 10 ou 15 jours après le traumatisme. Des accidents locaux : hématomes, infection méningée, se traduisent par des troubles mentaux, des paralysies, un état comateux. M. Beaussenat rapporte trois cas pour lesquels la trépanation tardive fut pratiquée et permit la guérison sans séquelles.

P. CARRETTE.

Quelques considérations sur la biologie et le traitement des traumatismes du cerveau (Einige Betrachtungen über die Biologie und die Behandlung von Hirnverletzungen), par E.-J. MEIER (de Zurich). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXXV, fasc. 1^{re}, 1935.

Cet article est consacré surtout aux problèmes de l'hydrocéphalie aiguë traumatique et du prolapsus cérébral. L'auteur discute les différentes méthodes de traitement de l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien : injection de solutions hypertoniques, hormonothérapie, ponctions lombaires et cisternales, méthodes chirurgicales. Quant au prolapsus cérébral, la meilleure méthode est le traitement ouvert de la plaie, avec tamponnement et ponction lombaire.

E. BAUER.

Traitement des myopathies primitives (Treatment for the Primary Myopathies), par Hans H. REESE, E. MURRAY BURNS et Carol M. RICE. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIII, n° 1, pp. 19-29, janvier 1935.

Le traitement chimique des myopathies s'inspire des recherches sur les troubles des métabolismes liés à la fatigue musculaire. Les myopathies primitives paraissent inséparables des modifications de dosages de la créatine et de la créatinine. La thérapeutique par les acides aminés a donné d'intéressantes améliorations, mais pas de cures totales. Elle paraît cependant devoir être encouragée sous forme d'administration de glycine et d'acide glutanique.

P. CARRETTE.

Un nouveau traitement de l'hémorragie cérébrale, par Rosolono COLELLA et Guiseppe PIZZILLO. *La Presse Médicale*, n° 29, pp. 574-576, 10 avril 1935.

L'autohémothérapie à la dose de 25 à 30 cm. de sang additionnés à une solution citratée à 25 % doit être utilisée dans les cas de traumatismes encéphaliques, d'hémorragies, de thromboses et d'embolies cérébrales. L'action hémostatique du traitement est d'autant plus efficace qu'il aura été plus précoce. Il est un excellent moyen préventif contre les conséquences de l'attaque et dans les cas d'hypertension chez les prédisposés. Les injections de sang permettraient en outre le diagnostic différentiel entre l'hémorragie et le ramollissement cérébral.

P. CARRETTE.

Le tétanos, par Jean CAMESCASSE. *La Médecine Pratique*, n° 1, pp. 7-10, 20 janvier 1935.

Le tétanos cesse peu à peu d'être une maladie fatale et mortelle grâce au sérum et aux hypnotiques. Les accidents cutanés du traitement préventif sont combattus par l'acide lactique et les menaces de choc sérique par le repos au lit. Faisant confiance aux résultats des tentatives de Dufour et de Lehman, M. Camescasse propose d'associer l'anesthésie générale ou le chloral et de répéter les injections intra-musculaires — et même les instillations intra-veineuses — de sérum.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

Quelques considérations sur les effets de l'emprisonnement, par P. CORNIL (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, 15^e année, n° 11, novembre 1935).

Tous les pays civilisés ont leur système pénitentiaire et il nous semble naturel que l'individu qui a commis un délit soit mis en prison. On attend de l'emprisonnement un certain nombre d'effets, mais l'auteur montre que pour chacun des buts escomptés, la mesure ne donne pas les résultats que l'on en espérait. L'action intimidante de la peine est très relative et varie

selon les individus. Il en est de même de l'expiation, qui varie d'une façon toute individuelle : le condamné qui expie le plus, au sens moral du terme, est celui pour lequel l'emprisonnement est le moins nécessaire ; même s'il était laissé libre, ce condamné expierait sa faute. La prison est encore une mesure d'élimination des délinquants dangereux, mais l'application en est malaisée puisque nous manquons d'un critère ou d'une méthode permettant de juger si un délinquant est socialement dangereux. Enfin, la prison est un moyen de rééducation, efficace pour certains condamnés, mais combien imparfait, car il reste accompagné de graves inconvénients inhérents à la mesure d'internement elle-même et auxquels il n'est pas possible de porter remède. En réalité, la prison est trop souvent considérée comme une panacée qu'on administre sans discrimination aux délinquants de toute catégorie.

M. Cornil, Inspecteur au Ministère de la Justice à Bruxelles, tire de son exposé les conclusions suivantes : 1° Les effets de l'emprisonnement sont variables suivant les individus auxquels cette mesure est appliquée. La connaissance approfondie de l'individu et de son milieu social est donc indispensable pour faire un usage efficace de cette sanction ; 2° l'exécution de la peine d'emprisonnement présente des inconvénients graves, et, dans certains cas, fait plus de tort que de bien. Il ne faut donc y avoir recours qu'en dernière analyse, et faute de toute autre sanction plus adéquate.

LAUZIER.

Prison et Famille par le Docteur Etienne DE GREFF et Richard PETERMANS.
Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie, mars 1935.

La question de l'emprisonnement pose un double problème social. N'est-il pas à la fois une source de criminalité et un facteur de désagrégation des familles ? Ce sont là des points méritant qu'on ne se hâte point de répondre. En effet, les statistiques personnelles des auteurs, établies à la prison centrale de Louvain, montrent que dans la plupart des cas les parents des condamnés vivaient avec leurs enfants, fait qui ne saurait surprendre en raison de l'importance considérable de l'éducation familiale et extra-familiale dans les méfaits de la criminalité.

La deuxième statistique des auteurs montre que les séparations qui suivent l'emprisonnement sont motivées par deux ordres de mobiles : les unes par la réprobation entraînée par la faute, les autres par la durée de la séparation produite par la punition.

Et parmi ces dernières séparations, dues à la durée de la privation du chef de famille, il faut encore distinguer deux catégories, parmi les femmes qui s'y décident. Les unes, dont la séparation est inévitable, y ont recours parce qu'elles trouvent l'attente trop longue ; les autres, très nombreuses, y sont contraintes par la misère et la nécessité de se donner pour nourrir leurs enfants. Pour elles, la chose serait évitable si la société prévenait cette situation. Les auteurs estiment que la société qui a le droit et le devoir de punir, a aussi celui d'aider la famille par des allocations spéciales ou en rendant suffisant le produit du travail en prison exécuté par le mari soutien de famille.

Maurice LECONTE.

L'éducation des enfants délinquants dans l'Union des Républiques Socialistes Soviétiques, par N. SEMACHKO. *Le Problème Social*, n° 5, pp. 15-16, février 1935.

En Russie, l'enfant délinquant est soumis jusqu'à 16 ans à des Commissions spéciales composées d'un médecin, d'un pédagogue et d'un juge. Il ne peut être admis en prison. Il doit être rééduqué dans des établissements surveillés, où le travail est organisé de manière à remplir un office utile pour la société et pour le sujet. La direction des colonies pour mineurs délinquants s'applique également à remplacer le sentiment de solidarité à tendance antisociale, si fréquent chez les déséquilibrés, par une éducation rationnelle et une saine émulation.

P. CARRETTE.

Post-encéphalite chronique chez les délinquants juvéniles (Chronic Post-Encephalitis in Juvenile Delinquents), par Matthew MOLITCH. *The American Journal of Psychiatry*, T. LXXXI, n° 4, pp. 843-861, janvier 1935.

La question des troubles mentaux de la forme chronique de l'encéphalite épidémique reste si obscure que l'auteur ne croit pas devoir fournir un critère valable de la responsabilité dans les observations présentées de délinquance juvénile. Il n'est possible que d'examiner les cas d'espèce et d'appliquer à chacun sa thérapeutique et son mode d'assistance. Le diagnostic est basé sur des éléments neurologiques : troubles de posture, du tonus, des mouvements associés, signes oculaires. Rien de spécifique dans le comportement, mais des réactions plus ou moins fréquentes : fugues, impulsivité, violences, vols, paresse et un retard de développement psychique. Les valeurs relatives de la prédisposition et de la maladie, notions théoriques, n'ont pas à intervenir dans un problème qui est surtout d'assistance et de psychothérapie.

P. CARRETTE.

Les persécutés psychoneurasthéniques ; réactions criminelles, par Henri DAMAYE. *Le Progrès médical*, n° 22, pp. 914-917, 1^{er} juin 1935.

Les états somatiques liés aux traumatismes ou aux toxi-infections modifient profondément l'allure de certaines psychoses. M. Damaye fournit un exemple qui lui permet d'insister sur la fréquence des réactions anti-sociales chez les persécutés dont le délire est renforcé et alimenté par un état névropathique. Commotionnés, trépanés, anciens méningétiques fournissent un contingent redoutable de délirants invinciblement poussés au suicide ou au crime.

P. CARRETTE.

L'utilisation des rayons invisibles en Criminologie (The Use of Invisible Rays in Criminology), par C. AINSWORTH MITCHELL. *The Medico-Legal and Criminological Review*, T. III, n° 1, pp. 3-20, janvier 1935.

« Peu de découvertes scientifiques, observe M. Ainsworth Mitchell, ont fait un plus large appel à l'imagination journalistique que celle des rayons

situés au delà du spectre visible. » Elle réserve sans doute d'étonnantes possibilités, mais elle est loin d'avoir réalisé tout ce que la presse de vulgarisation a voulu lui attribuer. Son bagage est cependant déjà impressionnant : diagnostic des taches par la fluorescence, révélation des liquides organiques et des encres par la lampe ultra-violette, recherche de la falsification des peintures par les rayons X, différenciation des pigments sur les documents graphiques au moyen des rayons caloriques de l'infra-rouge.

P. CARRETTE.

Simulation et pseudo-démence, par BADUSCHI et CORBERI. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, février 1936.

Les auteurs qualifient de pseudo-démence un syndrome tardif de troubles psychiques, apparu après un accident traumatique cranien.

Ils pensent que la pathogénie de ces pseudo-démences est psychogène et consiste dans l'apparition de formes primitives de l'activité mentale, débarrassées de la subordination vigilante des processus psychiques normaux.

La délivrance de mécanismes psychiques supérieurs se vérifie chez des sujets à mentalité bornée, sous la poussée prolongée de fortes charges émotives et égoïstes. Elle est guérissable par un traitement psychothérapeutique approprié, soit par la concession de l'indemnité. Par certains côtés, elle rejoint la névrose traumatique.

Paul ABÉLY.

Traumatisme et goitre exophtalmique, par J. SLOSSE. (*Revue de Droit pénal et de criminologie*, Tome XV, n° 11, novembre 1935).

L'auteur a eu l'occasion de rechercher dans quelles conditions on peut admettre une relation de cause à effet entre un traumatisme et la Maladie de Basedow. L'apparition d'un goitre peut se faire à la suite d'un traumatisme direct au niveau du cou par lésions de la glande thyroïde (tuméfaction, — éclatement de kystes pré-existants, — hémorragie). Des traumatismes agissant sur la glande thyroïde peuvent déterminer des modifications de la fonction de celle-ci, soit dans le sens d'un hyperfonctionnement, soit dans le sens d'une diminution de l'activité glandulaire. Les traumatismes agissant sur le crâne peuvent être suivis de l'éclosion d'un goitre exophtalmique. Dans ces cas, il est possible que le mécanisme qui entre en jeu soit celui de la diminution ou de l'arrêt de la sécrétion thyro-stimulante du lobe antérieur de l'hypophyse. Des commotions psychiques, des grandes frayeurs paraissent être rarement la cause du développement ultérieur de la maladie de Basedow. On pourrait admettre l'hypothèse d'une excitation survenant à un moment défavorable et entraînant, ou bien l'aggravation d'un état antérieur non diagnostiqué, ou même de l'apparition brutale du syndrome pathologique chez un individu prédisposé. Dans ces conditions, le rôle de cette émotion ne peut être considéré comme nul, surtout si le temps de latence entre l'accident et l'apparition de la maladie est court.

LAUZIER.

L'expérience pratique de l'activité comme expert auprès du tribunal sanitaire spécial et de l'application de la loi de stérilisation (Erfahrungen bei der Gutachtertätigkeit für das Erbgesundheitsgericht und bei der Ausführung des Gesetzes Zur Verhütung erbkranken Nachschusses), par H. SEELERT. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 93, fasc. 1^{er}, 1936.

L'exposé de l'auteur, illustré par beaucoup d'exemples concrets, montre les nombreuses difficultés dont est hérissée l'application de la loi de stérilisation, autant pour l'expert appelé à se prononcer que pour le juge appelé à statuer. Est-il justifié de maintenir parmi les maladies tombant sous le coup de la loi, la schizophrénie, après les travaux récents d'Essen-Möller par exemple ? Est-il opportun de préconiser la stérilisation de tous les indigents mentaux, alors que dans la vie collective les indigents mentaux jouent un rôle utile, nécessaire, grâce à leur adaptabilité aux activités inférieures ? Le diagnostic différentiel entre la schizophrénie vraie et les réactions schizophréniques exogènes est excessivement difficile. Dans le domaine des états maniaques et mélancoliques, la tendance fâcheuse de voir la psychose maniaque-dépressive partout, d'y ranger n'importe quelle dépression, n'importe quelle manifestation suicide favorise des applications abusives de la loi. Dans l'épilepsie, des investigations très approfondies sont nécessaires. « Le but de la loi n'est pas la stérilisation du malade, mais la suppression d'une descendance tarée. » « La loi est la mieux appliquée dans son esprit, dans les établissements où la procréation de descendants tarés est complètement empêchée tout en réduisant au minimum le nombre des stérilisations et en pratiquant le maximum de sorties en liberté. »

E. BAUER.

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 26 octobre 1936*, 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, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 novembre 1936*, à 9 heures *30 très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 novembre 1936*, à 4 heures *très précises* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (XIV^e arrondissement).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie

M. le D^r Julien RAYNIER, inspecteur général des Services administratifs, médecin des asiles publics d'aliénés.

Médaille d'honneur des épidémies

Médaille d'or à titre posthume :

M. ROCHE (Louis), interne en médecine à l'Asile d'aliénés de Saint-Alban (Lozère).

Médaille d'argent :

Mme le D^r MASSON (Agnès), directeur-médecin de l'Asile d'aliénés de Saint-Alban (Lozère).

M. VAILHE (Marcel), interne en médecine à l'asile d'aliénés de Saint-Alban (Lozère).

Médaille de bronze :

M. le D^r RAMADIER (Frédéric), directeur intérimaire de l'asile d'aliénés de Saint-Alban (Lozère).

Nominations

M. le D^r DUCHÊNE est nommé Médecin-Chef à l'Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) ;

Mme le D^r A. MASSON est nommée Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne).

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

le poste de Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public de Lehon, près Dinan (Côtes-du-Nord).

Concours pour 2 postes de Médecin-Chef des Asiles de la Seine

Un concours pour la nomination à deux emplois de *médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine* s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le *lundi 12 octobre 1936*, à 14 heures.

Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de 55 ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de services.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (bureau des Etablissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2^e étage, pièce 227), de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h., du lundi 7 septembre au samedi 19 septembre 1936 inclus (sauf dimanches et jours fériés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Concours de l'Internat en Médecine des Asiles de la Seine

Concours pour quatre places d'interne en médecine des Asiles publics d'Aliénés de la Seine, du Service libre de Prophylaxie mentale et de l'Infirmerie spéciale des Aliénés à la Préfecture de Police et la désignation d'Internes provisoires.

Le Préfet de la Seine,

Vu l'Arrêté en date du 12 mai 1933, portant règlement du Concours de l'Internat en médecine des Asiles d'Aliénés de la Seine ;

Sur le rapport du Directeur des Affaires départementales et la proposition du Directeur du Personnel,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Un Concours pour quatre places d'Interne titulaire en médecine et la désignation d'Internes provisoires des Asiles publics d'Aliénés de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des Aliénés près la Préfecture de police, de l'Hôpital Henri-Rousselle (Service libre de Prophylaxie mentale), s'ouvrira, à Paris, le *22 octobre 1936*.

Le nombre des places mises au Concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des Opérations.

ART. 2. — Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3^e Bureau, Annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, porte 227), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 28 août au 11 septembre 1936 inclus.

ART. 3. — Les Candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins, l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

ART. 4. — Le Secrétaire général de la Préfecture, le Directeur des Affaires départementales et le Directeur du Personnel sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent Arrêté.

Fait à Paris, le 23 juin 1936.

Le Préfet de la Seine,
Signé : VILLEY.

Les candidats devront, pour être *inscrits* au concours, produire les pièces suivantes à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3^e Bureau, Annexe Lobau, 2, rue Lobau, escalier A, 2^e étage, pièce 227) :

- 1^o Expédition de l'acte de naissance ;
- 2^o Certificat de revaccination antivariolique ;
- 3^o 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^o Certificat de bonne vie et mœurs, délivré par le Maire ou, à Paris, par le commissaire de police du quartier ;
- 5^o 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^o Certificat de situation militaire ;
- 7^o Certificat de vaccination antityphoïdique de date récente ;
- 8^o Certificat de vaccination antidiphthérique de date récente.

Les candidats devront, en outre, n'avoir pas atteint l'âge de trente ans révolus au 1^{er} octobre de l'année où aura lieu le Concours. Cette limite d'âge sera prorogée, pour les candidats français, d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée par le Préfet de la Seine.

Le Jury sera composé de huit membres, savoir :

M. le Directeur des Affaires départementales, ou, à son défaut, le Chef du Service de l'Assistance départementale, président, et par voie de tirage au sort, sept membres désignés de la façon suivante :

- 1^o Cinq membres parmi :
 - a) Les médecins chefs de service, titulaires ou honoraires des Asiles publics d'aliénés de la Seine ;
 - b) Le Directeur-médecin de l'Hôpital Henri-Rousselle ;
 - c) Le chirurgien des Asiles d'aliénés de la Seine, étant entendu qu'à titre transitoire le titulaire actuel du poste continuera à être de droit membre du Jury pendant la durée de ses fonctions.

Après l'expiration de la période transitoire, au cas où le nom du chirurgien des Asiles d'aliénés de la Seine ne figurerait pas dans les quatre premiers noms tirés, le nombre des membres du Jury prévu au présent alinéa serait ramené à quatre, le cinquième poste étant attribué au chirurgien des hôpitaux visé à l'alinéa 4 ci-après ;

2° Un médecin en chef des quartiers d'hospice de Bicêtre, de la Salpêtrière ou le Médecin en chef de l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de Police ;

3° Un médecin des hôpitaux ;

4° Le cas échéant, un chirurgien des hôpitaux à défaut du chirurgien des Asiles.

Nul médecin ou chirurgien ne pourra faire partie d'un jury deux années de suite, sous réserve toutefois de l'exception faite précédemment en ce qui concerne le chirurgien des Asiles actuellement en fonctions.

Le Jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins.

La voix du Président sera prépondérante en cas de partage.

En outre, un secrétaire administratif sera désigné par arrêté préfectoral pour assister le Jury dans les diverses opérations du Concours.

Tout degré de parenté ou d'alliance, jusques et y compris le sixième degré, entre un concurrent et l'un des membres du Jury, donne lieu à récusation de la part de l'Administration.

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. Le Jury déterminera au début du Concours les modalités adoptées pour la composition et la lecture des copies ;

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 ou d'obstétrique.

Il pourra être nommé des *internes provisoires* en nombre au plus égal à celui des internes titulaires à recevoir et dans la mesure où le Jury aura estimé leurs épreuves satisfaisantes.

Les internes provisoires sont appelés à remplacer les internes titulaires au cours des absences prolongées et régulièrement autorisées. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature d'un interne titulaire de première année, chaque fois qu'il est appelé à faire un remplacement. L'appel aux internes provisoires sera fait dans l'ordre de classement du Concours. Ce n'est qu'après épuisement de la liste des internes provisoires que l'interne absent pourra être remplacé par un interne bénévole désigné par le préfet sur présentation du Directeur de l'Asile, après avis du Médecin chef de service. Tout interne provisoire qui ne prendra pas le poste où il aura été affecté sera considéré comme démissionnaire.

Les *étrangers* seront admis aux épreuves, et, dans le cas où ils obtiendraient un nombre de points au moins égal à celui obtenu par le dernier candidat français admis par le Jury, ils seront classés en surnombre. Comme tels, ils pourront choisir un service, avec l'agrément du chef de service. Ils ne recevront pas de traitement, mais ils seront nourris toute la journée les jours de garde, et au repas de midi les autres jours.

Les internes seront nommés par arrêté préfectoral, dans l'ordre de classement établi par le Jury d'examen. Ils *entreront en fonctions* le 15 novembre qui suivra la clôture du Concours.

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. A cet effet, ils doivent, avant le 1^{er} juin de l'année qui précède celle où expirent leurs fonctions, adresser au Préfet de la Seine une demande de prolongation. Cette demande devra être revêtue de l'avis du Médecin chef de service où l'interne est en fonctions et de l'avis du Médecin chef de service où il devra accomplir son année de stage. Elle sera transmise, avec son avis, par le Directeur de l'asile où l'interne est affecté.

Les *étrangers* nommés internes en surnombre, qui désireraient faire une troisième année d'internat dans les mêmes conditions que les deux premières, devront présenter une demande à cet effet, dans les formes et conditions ci-dessus indiquées.

Création d'un second poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère)

La commission de surveillance de l'asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère) vient d'approuver la création d'un *deuxième poste de médecin chef*. Elle a exprimé également le vœu que l'agrandissement (six pavillons) du service d'enfants anormaux créé en 1933 par Mme le docteur Masson, directrice de l'asile, et la reconstruction des pavillons du service des femmes, projets récemment approuvés par le conseil général, soient rapidement réalisés, en même temps que le service ouvert, la consultation psychiatrique et le laboratoire dont la création a été récemment envisagée.

Le département de l'Indre met à l'étude le projet d'un Asile public départemental d'aliénés

Le conseil général du département de l'Indre s'est réuni en session extraordinaire pour examiner diverses questions particulièrement urgentes, notamment celle concernant l'asile d'aliénés.

Les aliénés du département sont actuellement soignés à l'asile de Naugeat (Haute-Vienne). Au 31 décembre dernier, se trouvaient dans cet asile cent neuf hommes et cent soixante-neuf femmes, pour lesquels le département de l'Indre verse annuellement environ un million. Cette situation présente de nombreux inconvénients. L'éloignement de Naugeat nécessite des frais importants pour les familles des aliénés. D'autre part, l'hôpital de Châteauroux, où les malades sont mis en observation, avant leur internement, n'a pas de locaux spécialement aménagés pour les recevoir.

De même, le département est dans l'obligation de recourir encore à l'annexe de l'asile de Naugeat pour l'hospitalisation de ses enfants anormaux.

La commission des finances du conseil général, la commission municipale spécialement désignée à cet effet et l'office public d'habitations à bon marché ont étudié, au cours d'une réunion, les moyens de remédier à cet état de choses. Ils ont conclu que le meilleur moyen était de transformer en asile les immeubles de Bitray, construits d'ailleurs dans ce but et qui par la suite étaient devenus une cité ouvrière.

Le conseil général, après avoir entendu le rapport de M. Darnault, au nom de la commission des finances, rapport qui indiquait qu'il y avait, en utilisant Bitray, une occasion unique pour le département de créer un établissement psychothérapique, qui sera un des moyens les plus efficaces pour protéger la santé morale et lutter contre les fléaux sociaux, trop souvent causés par des maladies mentales, a adopté le principe du projet. Il a demandé que l'étude en soit poussée rapidement, de façon que le projet définitif puisse lui être soumis prochainement, si possible à la session de septembre.

(*Le Siècle Médical*, 1^{er} août 1936).

ASSISTANCE

Médaille d'honneur de l'Assistance publique

Médaille d'or :

M. Serge GAS, Directeur général de l'Hygiène et de l'Assistance au Ministère de la Santé publique.

Inspection Générale des Services administratifs

MM. Roger WUILLAUME, Jean BANCAL et Robert PETIT sont nommés inspecteurs des services administratifs.

Statut du personnel des Etablissements Hospitaliers français

Sur l'initiative de M. le Ministre de la Santé publique, une commission paritaire a été réunie et chargée d'établir un statut type pour le personnel des Etablissements publics, ainsi qu'une convention collective de travail type pour le personnel des établissements privés.

L'application des nouvelles lois sociales et les charges nouvelles qui en sont la conséquence pour les établissements hospitaliers

Les augmentations de salaires exigées récemment des administrations hospitalières ont entraîné de lourdes charges pour les budgets des hôpitaux et asiles publics.

C'est ainsi qu'aux hôpitaux civils de Grenoble, l'application des nouveaux barèmes, sans tenir compte des majorations sur le prix des matières alimentaires, va motiver une augmentation du prix de la journée d'hospitalisation d'environ 6 francs. A l'asile départemental d'aliénés de Saint-Robert, le budget de l'établissement doit être majoré d'environ 800.000 francs.

Le Conseil général de la Somme a tenu une session extraordinaire motivée par les revendications présentées par le personnel de l'asile départemental d'aliénés de Dury-lès-Amiens. Le rapport a été présenté par le docteur Francq. Il a conclu, d'accord avec la commission de surveillance de l'asile,

qu'il soit fait droit aux revendications ci-après : application, à dater du 1^{er} juillet 1936, de la journée de 8 heures ; extériorisation du personnel au fur et à mesure des possibilités ; congé payé de 21 jours par an ; relèvement des échelles de traitements. Il résultera de ces mesures une dépense supplémentaire de 721.340 francs pour le second semestre de 1936 et le prix de journée à l'asile de Dury sera relevé de 4 francs pour toutes les catégories, indigents compris. Aussitôt mise en vigueur, la loi des quarante heures sera appliquée au personnel. On compte qu'il faudra augmenter ce personnel de 80 unités. Après une longue discussion, les conclusions du rapport ont été adoptées.

L'application des nouvelles lois sociales dans les maisons de santé privées

La Fédération intersyndicale des maisons de santé de France, qui groupe tous les syndicats patronaux des maisons de santé, a été convoquée le 22 juin 1936 par le ministre de la Santé publique pour se rencontrer en commission paritaire, sous l'arbitrage du ministre, avec des représentants des employés des maisons de santé désignés par le ministre dans le but de rechercher un accord pour l'application des nouvelles lois sociales.

Après une semaine de pourparlers, un projet de convention collective de travail a été établi, conformément à la loi, et une échelle de salaires minima a été fixée pour la région parisienne avec effet au 1^{er} juillet 1936.

Pour la province, il a été spécifié que ce projet de convention servirait de base, mais que dans chaque région se tiendrait à la préfecture la plus importante, une commission paritaire régionale chargée de fixer des salaires régionaux.

Cour de Cassation. La correspondance des personnes internées

La chambre civile de la Cour de cassation, présidée par M. G. Péan, vient de rendre un intéressant arrêt en matière de responsabilité civile visant un médecin, directeur d'un établissement d'aliénés.

Ce médecin avait retenu pendant plusieurs jours, avant de les transmettre à leurs destinataires, des lettres écrites par une personne internée — d'ailleurs régulièrement — dans son établissement, à des membres de sa famille ou à des tiers, notamment une lettre adressée à un avocat du barreau de Lyon, laquelle, datée du 3 mai, n'avait été expédiée que le 13.

Actionné en paiement de dommages-intérêts, dans les termes de l'article 1382 du Code civil, la cour de Grenoble avait refusé de retenir ce fait comme constituant une faute, par le motif qu'il n'était pas démontré que ce directeur ait agi malicieusement et de mauvaise foi.

Un pourvoi fut formé contre cet arrêt et la Cour suprême, sur le rapport du conseiller Fleys, après observations de M^{es} Christian Talamon et Massigli, et sur les conclusions de l'avocat général Caous, vient de le casser, en renvoyant la cause et les parties devant la cour de Chambéry.

L'arrêt de cassation pose tout d'abord et nettement le principe que si le médecin traitant a le droit, pour les nécessités du traitement, de prendre connaissance des lettres écrites par une personne internée dans un asile d'aliénés, il ne peut cependant les retenir, même adressées à des tiers autres que les autorités administratives et judiciaires, à moins qu'il ne résulte de leur contenu que l'intérêt même du malade ou celui des tiers

commande cette interception, ainsi que ce pourrait être le cas notamment si elles étaient par elles-mêmes révélatrices des troubles mentaux de l'interné.

Comme, par ailleurs, l'arrêt attaqué ne fait point connaître que tel ait été le caractère des lettres litigieuses et que le contraire paraît même résulter de ce que le directeur, après les avoir seulement retardées, les a finalement transmises le jour même où l'interné adressait une plainte au procureur de la République, il suit de là que cet arrêt, en décidant comme il l'a fait, n'a pas légalement justifié sa décision. Il encourt donc la cassation mais seulement en ce qu'il a écarté comme base de l'action en dommages-intérêts intentée par l'interné contre le médecin-directeur, le fait d'avoir retenu pendant plusieurs jours des lettres adressées à des tiers, et notamment à un avocat du barreau de Lyon.

(*Le Temps*, 31 juillet 1936).

Le premier asile d'aliénés à Pékin

L'hôpital Rockefeller a loué, pour une somme tellement modique qu'on peut la considérer comme une demi-largesse, une vaste demeure princière appartenant à la Mission Catholique de Pékin, pour y établir le premier asile d'aliénés de la ville. La plupart des internés appartiennent à la classe indigente ; les plus sains peuvent se livrer à de menus travaux manuels. Non loin de cette institution, les Filles de la Charité possèdent un dispensaire et une école dont le rayonnement dans ce quartier du vieux Pékin autorise les meilleurs espoirs.

(*Agence Fides*).

New-York Hospital-Westchester Division

Le Bloomingdale Hospital, à White Plains, New-York, prend désormais le nom de « *New-York Hospital-Westchester Division* ».

Le Dr CLARENCE O. CHENEY, ancien Directeur du New-York State Psychiatric Institute and Hospital et ancien Professeur de Psychiatrie à l'Université Columbia, a été nommé Directeur Médical de la Westchester Division.

LÉGISLATION

La nouvelle loi (1936) de la République et Canton de Genève sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales

Loi du 14 mars 1936 sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales. Le Conseil d'Etat de la République et Canton de Genève fait savoir que le Grand Conseil, sur la proposition du Conseil d'Etat, Décrète ce qui suit :

TITRE I

Personnes et établissements soumis aux dispositions de la présente loi

Article premier. — Sont soumises aux dispositions de la présente loi, les personnes résidant dans le canton de Genève et atteintes de maladies mentales, et d'une manière générale tous les autres malades dont l'état mental est de nature à compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publique ou leur propre sécurité.

Art. 2. — Les établissements destinés au traitement de ces malades sont publics ou privés. Ils sont placés sous la surveillance du Conseil d'Etat et du procureur général.

Art. 3. — Les établissements publics sont ceux qui relèvent de l'Etat.

Art. 4. — On entend par établissements privés ceux qui sont dirigés par des particuliers ou des sociétés. Aucun établissement de ce genre ne peut être ouvert sans l'autorisation du Conseil d'Etat. Cette autorisation n'est accordée que sur le préavis du Conseil de surveillance psychiatrique institué par le titre II de la présente loi.

Art. 5. — L'autorisation prévue à l'article précédent n'est accordée que si le Conseil de surveillance psychiatrique juge suffisant le service médical de l'établissement projeté.

Art. 6. — Les règlements des établissements privés doivent être soumis à l'approbation du Conseil d'Etat.

Art. 7. — Le Conseil d'Etat peut toujours ordonner la fermeture d'un établissement privé s'il juge son service médical défectueux, la surveillance et les soins insuffisants ou en cas d'inobservation des lois et règlements.

Art. 8. — Un registre spécial coté et paraphé à chaque feuillet par un membre du Conseil de surveillance psychiatrique doit être tenu dans tout établissement destiné au traitement des malades mentaux.

Ce registre doit contenir, pour chaque malade traité, les indications suivantes :

le numéro matricule, les nom, prénoms, la date et le lieu de naissance, le lieu d'origine, l'adresse et les dates de l'entrée et de la sortie.

Le registre mentionne, en outre, s'il y a lieu, le nom et l'adresse ainsi que la date de la nomination d'un conseil légal, d'un curateur ou d'un tuteur ; ce registre contient enfin le diagnostic clinique et la qualification de l'état de santé du malade à son départ.

Il est en outre tenu note sommaire des observations médicales faites pendant le séjour du malade dans l'établissement.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux malades entrés librement ; toutefois chaque établissement tiendra un registre spécial les concernant.

Ces pièces doivent être présentées à toute réquisition des membres du Conseil de surveillance psychiatrique.

Art. 9. — Aucun particulier ne peut donner asile à une personne soumise aux dispositions de la présente loi (article premier) sans en faire la déclaration dans le délai de huit jours, au Conseil de surveillance psychiatrique.

Art. 10. — Les malades traités dans leur propre famille sont soumis à la surveillance instituée par la présente loi ; toutefois l'article 8 ne leur est pas applicable.

Art. 11. — Lorsque l'intérêt des malades mentionnés aux articles 9 et 10 l'exige ou lorsque ces malades constituent un danger pour la sécurité publique, leur placement peut être demandé conformément aux prescriptions de la présente loi.

Art. 12. — Le Conseil de surveillance psychiatrique et, s'il y a lieu, le Conseil d'Etat, doivent, lorsque cela sera nécessaire, intervenir auprès des autorités compétentes pour demander la protection des malades genevois résidant hors du canton.

Art. 13. — Lorsqu'un malade de nationalité étrangère est placé dans un établissement public ou privé du canton de Genève, le Département de l'hy-

giène, assistance publique et assurances sociales est tenu d'aviser de ce placement l'autorité consulaire du pays dont le malade est ressortissant dans les huit jours de l'internement.

TITRE II

Surveillance des malades

Art. 14. — Le Conseil d'Etat et le procureur général exercent la surveillance générale des personnes atteintes d'affections mentales par l'organe du Conseil de surveillance psychiatrique, selon les attributions à lui conférées par la présente loi.

Art. 15. — Le Conseil de surveillance psychiatrique est composé de sept membres dont deux magistrats ou anciens magistrats de l'ordre judiciaire, trois médecins psychiatres et deux membres suppléants, dont un médecin et un magistrat. Ce conseil est nommé par le Conseil d'Etat pour le terme de trois ans. Ses membres prêtent serment devant le Conseil d'Etat. Leurs fonctions sont gratuites.

Les directeurs et les médecins des établissements publics ou privés ne peuvent faire partie de ce conseil.

Le procureur général assiste de droit aux séances du conseil avec voix consultative.

Art. 16. — Les membres de ce conseil agissent collectivement ou individuellement, suivant le cas ; le conseil peut déléguer tout ou partie de ses compétences à l'un ou à plusieurs de ses membres.

Il se réunit au moins une fois par mois en séance plénière. Il est tenu procès-verbal de ses décisions.

Le Conseil nomme chaque année son président et son secrétaire. Il détermine le lieu de ses séances et du dépôt de ses archives ; il s'adjoit, sur sa désignation, un secrétaire-archiviste, assermenté par le Conseil d'Etat.

Art. 17. — Le conseil peut désigner exceptionnellement, même hors de son sein, un ou plusieurs médecins chaque fois qu'il le juge à propos pour examiner un malade.

Art. 18. — Les attributions du Conseil de surveillance psychiatrique sont les suivantes :

1. Le Conseil de surveillance psychiatrique vérifie la légalité des admissions et des sorties des malades reçus dans les établissements publics ou privés et peut contrôler leur bien-fondé ;

2. Il examine les cas des personnes qui lui sont signalées par les autorités, par les médecins ou par toute autre personne, comme atteintes de troubles mentaux et provoque, s'il y a lieu, les mesures que nécessite leur état. Il fait également prendre, s'il y a lieu, les mesures nécessaires à la sauvegarde de leurs biens ;

3. Il surveille les établissements publics et privés et les visite *in corpore* au moins deux fois par an. Il peut visiter dans tout établissement ou domicile les personnes qui lui sont signalées comme atteintes d'affections mentales et tombant sous le coup de la présente loi ;

4. Il veille à la stricte observation des lois et règlements sur les personnes atteintes d'affections mentales et signale à l'autorité compétente les infractions qu'il constate ;

5. Il donne au Conseil d'Etat son avis :

- a) sur l'autorisation à accorder pour l'ouverture de tout établissement ment privé ;

b) sur l'opportunité de la fermeture d'un tel établissement ;

c) sur l'approbation à donner par le Conseil d'Etat aux règlements destinés aux établissements publics ou privés.

Art. 19. — Tout intéressé, y compris le malade lui-même, peut recourir au Conseil d'Etat, contre les décisions du Conseil de surveillance psychiatrique.

Le Conseil d'Etat devra statuer à bref délai.

Le Conseil de surveillance psychiatrique communique, sur demande motivée, chacune de ses décisions aux intéressés.

Art. 20. — Le Conseil d'Etat assure l'exécution des décisions du Conseil de surveillance psychiatrique.

TITRE III

Admission des malades dans les établissements publics ou privés

Art. 21. — Nul ne peut être traité dans un établissement public ou privé sans une autorisation du Département de l'hygiène, assistance publique et assurances sociales.

a) *Admissions libres.* — Toutefois les malades qui ont consenti à leur admission en signant, à cet effet, un formulaire avant leur entrée ou dès leur entrée dans un établissement, sont admis sans autre formalité que la production d'une attestation médicale constatant que leur état mental actuel justifie cette mesure. Le directeur de l'établissement peut refuser l'admission, s'il l'estime inopportune, sauf recours au Conseil de surveillance ; chaque entrée est signalée par lui dans les 24 heures au Conseil de surveillance ;

b) *Admissions provisoires, urgences.* — En cas d'urgence, lorsqu'un retard peut être préjudiciable au malade ou lorsqu'il y a danger manifeste pour la sécurité d'autrui, les directeurs d'établissements publics peuvent recevoir les malades sur le vu d'un certificat médical conforme à l'article 22 et à charge d'obtenir du Département de l'hygiène, assistance publique et assurances sociales, dans les 24 heures après l'entrée, l'autorisation prévue au premier alinéa du présent article. Les mêmes dispositions sont valables pour les admissions dans les établissements privés ;

c) *Admissions demandées au Département de l'hygiène, assistance publique et assurances sociales.* — Hormis ces cas, l'admission est demandée au Département de l'hygiène, assistance publique et assurances sociales :

1. par les parents, les représentants légaux ou par les amis ;

2. par une autorité de police dans les cas d'urgence, de danger notoire ou d'abandon ;

3. par le Conseil de surveillance psychiatrique.

Cette demande, formulée par écrit, doit être accompagnée :

du certificat médical prévu à l'article 22 ;

de pièces établissant l'identité du malade et de celui qui requiert l'admission ;

d) *Admissions ordonnées par l'autorité judiciaire.* — 1. Tout détenu qui est reconnu atteint d'une affection mentale peut, sur l'avis d'un médecin et à la requête du procureur général, être admis dans un établissement public ;

2. Tout prévenu ou inculpé suspect de maladie mentale peut, sur avis médical et à la requête du juge d'instruction, être admis en observation dans un établissement public ;

3. Tout prévenu absous ou déclaré irresponsable en raison de son état mental peut être admis dans un établissement public sur le vu de la décision prise à son égard par l'autorité compétente.

e) Sur le vu du certificat médical établi dans les conditions prévues à l'art. 22, le Département de l'hygiène, assistance publique et assurances sociales peut intervenir d'office dans les cas d'urgence, de danger notoire ou d'abandon.

Art. 22. — Le certificat médical doit être circonstancié, exposant les symptômes de la maladie et les motifs qui nécessitent l'admission. Ce certificat doit émaner d'un médecin autorisé à pratiquer dans le canton qui ne soit pas parent ou allié du malade, et qui a personnellement examiné le malade moins de quinze jours avant la demande d'admission. Les médecins de l'établissement où doit avoir lieu l'admission ne peuvent délivrer ce certificat.

Art. 23. — Le certificat médical d'admission est envoyé par le Département de l'hygiène, assistance publique et assurances sociales à la direction de l'établissement, qui le conserve. Le Département de l'hygiène, assistance publique et assurances sociales envoie en outre :

- a) au Conseil de surveillance, copie du certificat médical d'admission et de l'autorisation de placement ;
- b) à la Chambre des tutelles, copie de l'autorisation de placement afin de permettre l'application des articles 393 et suivants du Code civil.

Art. 24. — Lorsque les formalités nécessaires pour le placement d'une personne ont été remplies, l'autorité de police peut être requise aux fins d'assurer l'admission.

Art. 25. — En cas de contestation au sujet du bien-fondé d'une admission, le Conseil de surveillance fait sans retard visiter le malade par un de ses membres ou par un médecin délégué par lui.

TITRE IV

Sortie des malades des établissements publics ou privés

Art. 26. — Lorsque le médecin d'un établissement estime que l'état d'un malade est tel qu'il puisse quitter l'établissement sans inconvénient pour lui ou pour autrui, la sortie de ce malade a lieu sans autre formalité que l'avis donné dans les 24 heures par la direction de l'établissement :

- a) au Département de l'hygiène, assistance publique et assurances sociales et au Conseil de surveillance psychiatrique ;
- b) au Conseil de surveillance psychiatrique seul s'il s'agit d'une admission libre.

Art. 27. — Tout malade entré librement suivant l'article 21 litt. a peut demander sa sortie qui doit lui être accordée à bref délai, à moins qu'elle n'offre un danger pour le malade ou pour autrui. Le cas est alors soumis sans retard au Conseil de surveillance psychiatrique qui ordonne les mesures jugées nécessaires.

Art. 28. — Lorsqu'un malade ou une personne autorisée s'intéressant à lui, demande sa sortie au Conseil de surveillance psychiatrique, ce dernier peut l'accorder après avoir pris l'avis du médecin de l'établissement.

Lorsque la famille s'oppose à la sortie d'un malade, le cas est soumis au Conseil de surveillance psychiatrique.

Art. 29. — Les dispositions des articles 26 et 28 ne sont pas applicables aux personnes visées dans l'article 21, d, 1 et 2 (admissions ordonnées par l'autorité judiciaire).

Art. 30. — Toute sortie n'est autorisée qu'à titre provisoire. Si l'état du malade le nécessite, il peut être réintégré dans l'établissement sans nouvel

examen médical dans les 30 jours qui suivent sa sortie. Avis en est donné dans les 24 heures par la direction de l'établissement.

Art. 31. — Lorsqu'un interné est évacué par les médecins de l'établissement sur un autre service hospitalier pour y recevoir des soins, cette évacuation n'est pas considérée comme une sortie au sens de la présente loi.

Art. 32. — Le Conseil de surveillance psychiatrique peut accorder la sortie d'un malade à titre conditionnel, c'est-à-dire sous la responsabilité d'une personne qualifiée prenant l'engagement de veiller sur lui et de lui donner les soins nécessaires.

La personne chargée de cette surveillance est tenue d'informer le Conseil de surveillance psychiatrique de toute aggravation dans l'état du malade.

Art. 33. — Lorsqu'un malade s'est évadé d'un établissement public ou privé situé dans le canton, sa réintégration peut s'accomplir sans formalité si elle a lieu dans le délai de deux mois. Passé ce délai, il ne peut être réadmis dans un asile que moyennant l'observation des formalités de la présente loi.

Art. 34. — Tout décès, évasion ou accident grave doit être signalé dans les 24 heures par la direction de l'établissement au Conseil de surveillance psychiatrique. Tout décès suspect et tout accident grave est en outre signalé directement par le directeur de l'établissement au procureur général.

Art. 35. — Le Département de l'hygiène, assistance publique et assurances sociales avise sans retard de toute sortie d'un établissement, alors qu'elle est devenue définitive :

- a) le Conseil de surveillance psychiatrique ;
- b) la Chambre des tutelles.

TITRE V

Dispositions pénales

Art. 36. — Toute contravention aux dispositions des articles 4 et 21 de la présente loi est passible d'une amende pouvant s'élever à cinq mille francs.

Art. 37. — Toute contravention aux autres dispositions de la présente loi est passible d'une amende pouvant s'élever à mille francs.

Art. 38. — Le Tribunal de police connaît des infractions à la présente loi, sans préjudice des dispositions du Code pénal en cas de crime ou délit.

TITRE VI

Dispositions générales et abrogatoires

Art. 39. — Le Conseil d'Etat édictera tous les règlements nécessaires à l'exécution de la présente loi.

Art. 40. — Sont abrogées la loi du 25 mai 1895 sur le régime des aliénés et toutes les dispositions législatives contraires à la présente loi.

Le Conseil d'Etat est chargé de faire promulguer les présentes dans la forme et le terme prescrits.

Fait et donné à Genève, le quatorze mars mil neuf cent trente-six, sous le sceau de la République et les signatures du président et du vice-secrétaire du Grand Conseil.

Le vice-secrétaire du Grand Conseil :
Ferdinand GROS.

Le président du Grand Conseil :
William MARTIN.

PROMULGATION de la loi du 14 mars 1936 sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales. Du 25 avril 1936.

LE CONSEIL D'ETAT,

Vu la loi constitutionnelle sur le referendum facultatif du 26 avril 1879, modifiée par la loi constitutionnelle du 18 février 1905 et la loi organique sur le referendum facultatif et sur le droit d'initiative du 17 janvier 1906 ;

Considérant que le texte de la loi du 14 mars 1936 sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales a été publié dans la « Feuille d'Avis officielle » du 19 mars 1936 ;

Considérant que le délai de trente jours dès la publication est expiré le 18 avril 1936 sans qu'aucune demande de votation populaire ait été formulée par les électeurs ;

Vu l'article 3 de la loi du 17 août 1815 sur la promulgation des lois et autres actes du Conseil représentatif ainsi conçu : Selon la nature et l'étendue des lois et actes à promulguer, les placards en contiendront le texte ou l'extrait ou le simple énoncé ;

Prenant en considération l'étendue de la loi du 14 mars 1936 sus-indiquée ;

Arrête :

De promulguer, sans en publier le texte en placards, la loi ci-dessus pour être exécutoire dès le jour de demain.

Certifié conforme,

Le chancelier : Louis SOLDINI.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Le « Bureau of Human Heredity »

Sous le nom de *Bureau of Human Heredity* (British National Human Heredity Council), un organisme vient d'être créé à Londres (115, Gower Street, London, W.C.1) pour réunir et étudier tous documents concernant l'hérédité humaine.

Sous la *présidence* du Professeur R. RUGGLES GATES, F.R.S., du Kings College de Londres, ce Bureau a pour *trésorier* : SIR LAURENCE E. HALSEY, K.B.E., J.P., et comme *secrétaire générale* : Mrs C.B.S. HODSON (443, Fulham Road, London, S.W.10). Il est dirigé par un Conseil composé de membres représentant les Sociétés médicales et biologiques de Grande-Bretagne et présente un caractère international. Son programme a été établi à l'instigation du *Comité International pour les Recherches de Génétique Humaine*.

Le Conseil invite toutes les Institutions et tous ceux qui possèdent des études bien établies sur les caractères humains (normaux et anormaux) à les adresser au Bureau of Human Heredity qui utilisera tous documents envoyés à sa documentation et en fera l'analyse sous la direction de groupes de spécialistes internationaux. Les études génétiques concernant les jumeaux, les tirages à part, les statistiques, avec indications détaillées sur les sources, les généalogies dont la longueur n'a pas permis la publication, seront reçus et conservés. Les auteurs désireux de réserver leurs droits de publication sont priés de l'indiquer. Le Bureau adressera sur demande un tableau des signes utilisés pour les généalogies et établis d'après le Standard international.

L'examen médical prénuptial facultatif

L'examen médical prénuptial est obligatoire en Allemagne et en Turquie, c'est un examen prénuptial facultatif que propose la *Société d'eugénique de Grande-Bretagne*. Les médecins qui proposent une telle mesure visent deux buts : prévenir la naissance d'enfants déficients et assurer le bonheur du mariage. La Société d'eugénique insiste sur l'importance psycho-sexuelle de son projet en plus de son importance médicale.

La Société a préparé des tableaux qu'elle envoie aux médecins qui en font la demande. Ces tableaux donnent le type d'un examen médical prénuptial. Si un médecin désire une opinion sur un problème d'hérédité douteux, la Société pourra lui donner les éclaircissements nécessaires, grâce à un bureau de spécialistes organisé dans ce but.

Le tableau comprend trois parties : la première partie concerne l'histoire des ascendants familiaux jusqu'aux grands-parents. Elle comprend des questions sur les cas de maladies nerveuses, de maladies mentales, de folie, d'aphasie, de convulsions, de suicide, d'alcoolisme, d'intoxication par les narcotiques, de tuberculose, de diabète, d'asthme, de cécité, de surdité et de toute maladie dont la cause pourrait être héréditaire.

La deuxième partie est consacrée aux antécédents personnels, elle comporte des points particulièrement importants concernant les problèmes sexuels.

Certaines questions auxquelles il faut répondre par oui ou non sont posées : concevez-vous bien la différence de sexes, la nature de l'acte sexuel et les mesures anticonceptionnelles ? L'acte sexuel vous répugne-t-il ? Vous rendez-vous compte de certaines tendances, craintes ou désirs anormaux dans votre nature sexuelle ? Aux femmes on demande, en outre, si elles conçoivent ce qu'est la grossesse et si elles ont des craintes à cet égard ? Toutes les difficultés d'ordre sexuel doivent ainsi être discutées avec le médecin.

La troisième partie du tableau est consacrée à l'examen physique du malade, et les points qui sont envisagés sont purement médicaux. L'examen des organes sexuels, des déviations sexuelles et la réaction de Wassermann sont spécialement conseillés dans cette troisième partie.

Si ce tableau ne guide pas suffisamment le médecin consulté, celui-ci peut s'adresser à la Société, étant entendu, toutefois, qu'elle ne donne de renseignements que dans le domaine génétique.

Les conclusions sur la possibilité d'un bon ou d'un mauvais mariage sont données aux consultants sous toute réserve.

(*Le Siècle Médical*, 15 juillet 1936).

Création d'un Conseil supérieur de prophylaxie criminelle chargé d'étudier les mesures et les méthodes susceptibles de développer la prévention contre le crime

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 22 mai 1936.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

La lutte contre le crime doit, à l'heure actuelle, constituer une des préoccupations essentielles de tous les gouvernements. La criminalité générale, en effet, après avoir légèrement diminué dans les années qui ont suivi la guerre, n'a pas tardé à reprendre à peu près la même importance que par

le passé. Le nombre des récidivistes s'est maintenu à un niveau relativement élevé, cependant que l'escroquerie et l'abus de confiance sont, depuis quelques années, en augmentation certaine.

Enfin, nul ne met plus en doute que les conditions d'hygiène mentale des grandes agglomérations ne constituent aujourd'hui des causes nouvelles d'aggravation de la criminalité.

Ces diverses constatations conduisent à penser, d'une part, que le système de répression actuellement en vigueur n'a pas, du point de vue de la récidive notamment, toute l'efficacité nécessaire, et, d'autre part, que le développement de l'instruction et de l'hygiène publique, ou l'amélioration des conditions de vie, loin de diminuer sensiblement la criminalité moderne, aboutissent, à certains égards, à en multiplier les formes. Il convient, dans ces conditions, que la lutte contre le crime revête, elle aussi, des formes et une importance nouvelles.

Les nécessités de la défense sociale, qui préoccupent aujourd'hui les législateurs de presque tous les pays, ont conduit, un peu partout, à organiser ou à développer les institutions, jusqu'ici trop négligées, de prévention du crime. Mais l'élaboration des méthodes de prévention, la mise au point et la mise en œuvre des mesures préventives, ainsi que la détermination des rapports qui doivent exister entre ces mesures de prévention et les mesures de répression, soulèvent une série de difficultés que la complexité du milieu social sur lequel il faut agir rendent encore plus ardues. Le Gouvernement ne peut donc pas espérer faire en ce domaine œuvre utile s'il n'a pas à côté de lui pour l'éclairer un organisme compétent, doté de tous les moyens d'information nécessaires, et dans lequel puissent se rencontrer les représentants de toutes les tendances qui s'affrontent, dans la science ou dans la pratique, autour de ce problème redoutable. Tel doit être le rôle du conseil supérieur de prophylaxie criminelle dont nous avons l'honneur, par le présent décret, de vous proposer la création.

Ce conseil, composé de savants, de médecins, de juristes, de magistrats et de hauts fonctionnaires, et dans lequel pourront également prendre place tous ceux qui se sont attachés à développer les institutions préventives, aura pour fonction d'étudier, sous tous leurs aspects, les problèmes de la prévention, et de proposer ensuite les mesures ou les méthodes qui lui paraîtront les plus appropriées à lutter contre la criminalité et à en prévenir le développement. Le Gouvernement pourra d'ailleurs, à tout moment, demander son avis au conseil supérieur de prophylaxie criminelle sur toutes les questions qui rentrent dans sa compétence. Dans les cas d'urgence, ou lorsqu'il paraîtra inutile de réunir en son entier le conseil, le garde des sceaux pourra recourir à l'avis de sa commission permanente, qui en sera comme l'émanation. Enfin, et pour permettre au conseil supérieur de prophylaxie criminelle d'être utilement renseigné ou de poursuivre les expériences qui lui paraîtraient nécessaires, le présent décret décide la création d'un centre national de prophylaxie criminelle, provisoirement installé à la prison de la Santé, à la Petite-Roquette et à Fresnes. Des annexes de ce centre pourront ultérieurement être créées dans d'autres prisons, par arrêté ministériel. Ainsi le pays sera doté d'un organisme efficace de lutte contre la criminalité.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
YVON DELBOS.

Le Président de la République française,
Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice,

Décède :

Article premier. — Il est institué au ministère de la justice un conseil supérieur de prophylaxie criminelle chargé d'étudier et de proposer les mesures ou les méthodes qui lui paraîtront susceptibles de développer la prévention contre le crime.

Art. 2. — Le conseil supérieur de prophylaxie criminelle est composé de :
Le garde des sceaux, ministre de la justice, président ;

Trois vice-présidents choisis, le premier parmi les membres du Parlement, le deuxième parmi les hauts magistrats, le troisième parmi les savants ou psychiatres qui se sont particulièrement signalés par leurs travaux de prophylaxie criminelle ;

Soixante membres, dont vingt-deux membres de droit.

Les vice-présidents et les membres du conseil supérieur de prophylaxie criminelle, à l'exception des membres de droit, sont désignés par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice.

Art. 3. — Sont membres de droit du conseil supérieur de prophylaxie criminelle :

Le président de la commission de l'hygiène et le président de la commission de législation civile et criminelle du Sénat.

Le président de la commission de l'hygiène et le président de la commission de législation civile et criminelle de la Chambre.

Le directeur des affaires civiles, le directeur des affaires criminelles et le directeur de l'administration pénitentiaire au ministère de la justice.

Le directeur de la sûreté générale.

Le directeur général de l'assistance publique.

Le préfet de police.

Le président de la section de l'intérieur, de la justice, de l'instruction publique et de la santé publique au conseil d'Etat.

Le premier président et le procureur général près la cour de cassation.

Le premier président et le procureur général de la cour d'appel de Paris.

Le président et le procureur de la République du tribunal de la Seine.

Le président du tribunal pour enfants.

Les deux professeurs de droit pénal de la faculté de droit de Paris.

Le professeur d'hygiène et le professeur de clinique des maladies mentales de la faculté de médecine de Paris.

Art. 4. — Font également partie du conseil supérieur de prophylaxie criminelle : un représentant du ministère de la santé publique, un représentant du ministère du travail et un représentant du ministère de l'éducation nationale désignés par arrêté du garde des sceaux, après avis du ministre intéressé.

Art. 5. — Le conseil supérieur de prophylaxie criminelle se réunit au moins deux fois par an au ministère de la justice.

Il peut à tout moment être convoqué par son président.

Les membres de droit peuvent, avec l'autorisation spéciale du président, se faire représenter à une séance, lorsqu'ils se trouvent dans l'impossibilité d'y assister en personne.

Art. 6. — Une commission permanente de dix membres, choisis dans le conseil et désignés par arrêté du garde des sceaux, est chargée de veiller à l'exécution des délibérations du conseil et de donner son avis sur toutes les questions qui pourraient lui être soumises par le ministre.

Art. 7. — Il est créé un centre national de prophylaxie criminelle, chargé d'assurer l'examen et le traitement des prévenus et condamnés et de promouvoir les recherches nécessaires. Le centre sera placé sous l'autorité du directeur de l'administration pénitentiaire, et sous le contrôle d'une commission de surveillance, dont un arrêté du garde des sceaux fixera la composition et les attributions ; ce centre sera constitué provisoirement par les annexes psychiatriques installées à la Santé (pour les hommes), à la Petite-Roquette (pour les femmes), à Fresnes (pour les enfants).

Fait à Paris, le 22 mai 1936.

Albert LEBRUN.

Par le Président de la République :
Le garde des sceaux, ministre de la justice,
Yvon DELBOS.

(Journal Officiel, 25 mai 1936).

Sont nommés vice-présidents du Conseil supérieur de prophylaxie criminelle : le docteur GADAUD, sénateur ; M. MATTER, procureur général près la Cour de cassation ; le docteur TOULOUSE, directeur de l'Institut de psychiatrie.

Sont désignés comme membres du Conseil supérieur de prophylaxie criminelle : le professeur ACHARD, membre de l'Institut ; M. ANGEL, magistrat détaché à la chancellerie ; Mlle BADONNEL, médecin de l'hôpital Henri-Rousselle ; MM. BARRIGUE DE MONTVALON, conseiller honoraire à la Cour de cassation ; BRIQUET, député ; le docteur A. BROUSSEAU, médecin des asiles publics, médecin adjoint de l'infirmerie spéciale ; Mme CAMPINCHI ; MM. CARRIVE, avocat général à la Cour de Paris ; DE CASABIANCA, conseiller honoraire à la Cour de cassation ; le docteur CEILLIER, médecin-expert près les tribunaux ; MM. DALLANT, substitut adjoint au tribunal de la Seine ; G. DARMOIS, professeur à la Faculté des Sciences de Paris ; Mme ENOS ; MM. FRÉ et GARDIOL, députés ; J. GODART, sénateur ; GOUT, député ; le docteur HEUYER, médecin chef de l'infirmerie spéciale ; MM. LABROUSSE, sénateur ; LARROQUE, président de Chambre à la Cour d'appel de Paris ; LATARJET, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; LAUGIER, professeur à la Sorbonne et au Conservatoire des Arts et Métiers ; LEREDU, avocat à la Cour d'appel ; le docteur LOGRE, médecin chef de l'infirmerie spéciale ; MM. LORIOU, conseiller d'Etat ; OUDINOT, directeur de la justice militaire ; PIÉRON, professeur au Collège de France ; RICHARD, président de Chambre à la Cour d'appel de Paris ; le docteur RIVET, professeur au Muséum d'histoire naturelle ; le docteur ROGUES DE FURSAC, médecin des asiles de la Seine ; M. ROUX, conseiller à la Cour de cassation ; le docteur SCHIFF, médecin à l'hôpital Henri-Rousselle ; Mme SPITZER ; M. TATON-VASSAL, juge au tribunal de la Seine ; Mlle WEINBERG, chef de travaux à l'école des hautes études.

Sont désignés comme représentants : du ministère de l'Education nationale, M. LUC, directeur général de l'enseignement technique ; du ministère de la Santé publique, M. Serge GAS, directeur général de l'hygiène et de l'assistance ; du ministère du Travail, M. TAUTAIN, contrôleur des assurances sociales.

La Commission permanente prévue par l'article 6 du décret du 22 mai 1936 est ainsi composée : Président : M. ANDRIEU, directeur de l'administration pénitentiaire ; vice-président : le docteur TOULOUSE ; membres :

MM. ANCEL, CARRIVE, DONNEDIEU DE VABRES, GARDIOL, GODART, HEUYER, LAUGIER, Mlle WEINBERG.

Les fonctions de secrétaire général du Conseil supérieur et de la Commission permanente seront assurées par M. Marc ANCEL, avec l'assistance d'un fonctionnaire désigné par le directeur de l'Administration pénitentiaire et de l'éducation surveillée.

Le Conseil supérieur et la Commission permanente se réunissent au ministère de la Justice. Les séances prévues à l'article 5 du décret du 22 mai 1936 ont lieu dans la deuxième quinzaine de novembre et dans la deuxième quinzaine de juin.

(Journal Officiel du 4 juin 1936).

La Commission permanente a tenu sa première séance le 18 juillet 1935 au Ministère de la Justice, sous la présidence de M. Marc RUCART, Garde des Sceaux. Une discussion s'est engagée sur le mode de fonctionnement des annexes psychiatriques. Sur la demande du Dr TOULOUSE, il a été proposé à M. le Ministre de la Justice d'adjoindre de nouveaux noms aux listes ci-dessus des membres du Conseil Supérieur de Prophylaxie Criminelle.

L'hygiène mentale de l'enfance dans le département du Doubs

A la suite d'un rapport du Dr DESRUELLES, Médecin-Chef de l'Asile public d'aliénés de Saint-Ylie (Jura), en février 1935, M. PERETTI DELLA ROCCA, préfet du Doubs, créa à Besançon une *Consultation mensuelle d'hygiène mentale infantile*, confiée au Dr DESRUELLES et destinée au dépistage, et éventuellement au traitement des enfants anormaux, déficients, arriérés, ou simplement retardés.

Cette consultation ayant donné des résultats intéressants, tant au point de vue thérapeutique qu'au point de vue pédagogique, on envisage la création prochaine, à Besançon, d'une ou deux classes d'enfants déficients.

C'est pourquoi l'Office d'hygiène sociale, sur la proposition du docteur MARÉCHAL, a décidé la création d'une consultation semblable à Montbéliard et à Pontarlier. Elle est destinée, non seulement aux enfants gravement anormaux, mais surtout aux débiles mentaux et aux enfants arriérés ou retardés scolaires. On peut également y adresser les enfants nerveux ou épileptiques, les anormaux sensoriels (aveugles, sourds-muets), enfin les enfants paresseux, pervers, etc.

Les enfants peuvent être adressés à la consultation par les médecins, l'inspection médicale des écoles, les instituteurs ou institutrices, les infirmières-visiteuses, les dispensaires, etc.

L'assistance psychiatrique et l'hygiène mentale en Hollande

Un rapport du docteur E. F. MEYERS sur le développement de l'hygiène mentale en Hollande vient d'être soumis au bureau international d'hygiène publique.

En 1935, sur 8.392.000 habitants, 23.700 aliénés étaient en traitement partiel ou total aux frais du gouvernement dans des asiles. Les dépenses assumées par le gouvernement pour cette charge atteignent 18.000.000 de florins par an. Le nombre des personnes nécessitant de tels soins a augmenté plus

rapidement dans ces dernières années que l'accroissement de la population, les chiffres suivants le montrent :

En 1919, pour une population de 6.831.231, 15.894 personnes, soit 23,3 pour 10.000 habitants, étaient en traitement dans les asiles.

En 1925, la population étant de 7.416.418 habitants, les asiles traitèrent 19.065 personnes, soit 25,7 pour 10.000 habitants.

En 1930 enfin, 22.178 habitants sur 7.920.388, soit 28 sur 10.000, durent être traités dans les asiles.

Il y a actuellement 43 institutions spécialisées dans les maladies mentales en Hollande ; 18 seulement sont indépendantes, les autres appartiennent à des organisations religieuses catholiques ou protestantes ; un établissement est exclusivement réservé aux israélites. L'organisation la plus importante, surtout en ce qui concerne les soins de convalescence des malades nerveux, est la société centrale qui compte 22 dispensaires répartis dans tout le royaume. A la tête de chacun de ces dispensaires se trouvent un psychiatre et une infirmière qui s'occupent des aspects sociaux présentés par chacun des cas.

En ce qui concerne les enfants, il est admis que 2 % des enfants des écoles du royaume doivent être mis dans les institutions appelées écoles d'instruction spéciale. Il y a en Hollande 38 de ces écoles spéciales réparties dans tout le royaume dont 27 n'appartiennent pas à des sociétés religieuses. Ces 38 écoles reçoivent actuellement 9.024 enfants. En outre, il y a 13 pensionnats consacrés à l'éducation des enfants faibles d'esprit ; 5 de ces écoles sont sous la surveillance et la direction d'instituts de psychiatrie. On compte deux instituts de pédagogie dans l'ensemble du royaume, l'un rattaché à l'université d'Amsterdam qui est protestante, l'autre à l'université de Nimègue, catholique romaine.

Les mesures prophylactiques contre les maladies mentales consistent en campagnes contre l'alcoolisme et la syphilis. Parmi les malades traités on a constaté que les troubles mentaux étaient dus à l'alcool chez 13 % des hommes et 3 % des femmes et à la syphilis chez 13 % des hommes et 7 % des femmes.

(*Le Siècle Médical*, 1^{er} août 1936).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

IV^e Réunion Européenne d'Hygiène Mentale (Londres, 5-8 Octobre 1936)

PROGRAMME

Lundi, 5 octobre à 14 h. 30

1^{er} RAPPORT : « *L'Hygiène Mentale et le Cinéma* ».

Rapporteurs :

1. D^r Jakob BILLSTRÖM (de Stockholm, Membre de la Ligue d'Hygiène Mentale de Suède, Censeur de Films du Gouvernement Suédois) ;
2. D^r A. REPOND (de Malevoz-Monthey, Président du Comité Suisse d'Hygiène Mentale).

Discussion.

Mardi, 6 octobre à 10 h. 30

II^e RAPPORT : « L'Hygiène Mentale et l'Infirmière ».

Rapporteurs :

1. D^r Hans ROEMER (d'Illenau, Secrétaire de la Ligue d'Hygiène Mentale d'Allemagne, Médecin-Directeur du Heil-und-Pflegeanstalt, Illenau) ;
2. D^r José GERMAIN (de Madrid, Secrétaire de la Ligue Espagnole d'Hygiène Mentale) et D^r E. ESCARDÓ (de Madrid, Directeur de la Clinique d'Hygiène Mentale de Madrid) ;
3. D^r Heinrich KOGERER (Vienne).

Inscrit pour la Discussion : Prof. Viktor WIGERT (de Stockholm).

Mardi, 6 octobre à 14 h. 30

III^e RAPPORT : « L'Hygiène Mentale et les enfants de 11 à 18 ans ».

Rapporteurs :

1. Prof. D^r K. H. BOUMAN (d'Amsterdam, Président de la Ligue Hollandaise d'Hygiène Mentale, Professeur à l'Université d'Amsterdam) ;
2. Prof. D^r L. ROCHLIN (de Charkoff, Ukraine), Médecin-Chef de la Clinique d'Hygiène Mentale, Charkoff ;
3. D^r J. R. REES (de Londres) ou D^r H. TOMASSON (d'Islande).

Discussion.

Le soir du 5 au 6 octobre : Réception par HIS MAJESTY'S GOVERNMENT à Lancaster House, Londres.

Mercredi et jeudi 7 et 8 octobre

Diverses visites d'hôpitaux psychiatriques, cliniques, colonies, etc., de Londres et des environs.

Les séances auront lieu dans le « Conference Hall, Ministry of Health, Whitehall », Londres.

Il n'y a pas de cotisation.

Durée de chaque rapport : 20 minutes, 5 minutes seront accordées à chaque orateur prenant part à la discussion. On est prié de s'inscrire pour les discussions le plus tôt possible. Les langues officielles du Congrès seront : l'allemand, l'anglais et le français.

Adresse pour toute correspondance : The National Council for Mental Hygiene, 77, Chandos House, Palmer Street, London, S.W.1.

Les membres de la Ligue Nationale française d'Hygiène mentale, qui désirent assister à cette 4^e Réunion Européenne, à Londres, sont priés d'adresser leur adhésion à M. le Secrétaire de la Ligue d'Hygiène Mentale, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement).

II^e Congrès International d'Hygiène Mentale (Paris, 19-23 Juillet 1937)

Séances du Congrès

Le II^e Congrès International d'Hygiène Mentale dont le programme préliminaire a été publié dans le numéro de janvier 1935 des *Annales Médico-psychologiques* se tiendra à Paris, sous la présidence du D^r TOULOUSE, du 19 au 23 juillet 1937.

Il est rappelé que le texte dactylographié des *rapports* (texte accompagné d'un résumé de 15 à 20 lignes en français et en anglais) devra être remis au président du Comité du programme *avant le 1^{er} novembre 1936* (dernier délai). Les langues suivantes pourront être imprimées dans les publications du Congrès : allemand, anglais, espagnol, français, italien, portugais.

Pour prendre part aux discussions des rapports et pour présenter des communications sur les questions mises à l'ordre du jour du Congrès, il est recommandé de s'inscrire dès maintenant, et le plus tôt possible, auprès du *président du Comité du Programme du II^e Congrès International d'Hygiène Mentale* : Dr René CHARPENTIER, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Il est accordé 16 pages d'impression à chaque rapporteur, 4 pages d'impression à chaque auteur d'une communication, et 4 pages d'impression à chacun des membres du Congrès ayant pris part à la discussion d'un rapport.

Exposition d'Hygiène Mentale

Il a été projeté d'organiser, à proximité de la salle des séances du Congrès, une *Exposition* de l'histoire, des buts, des moyens, des résultats, des projets, etc., du mouvement international d'hygiène mentale, exposition à laquelle chaque pays pourrait apporter sa documentation propre : plans, statistiques, fiches, etc., dans ses diverses activités relatives à l'hygiène mentale, à la prophylaxie, à l'assistance et à la thérapeutique des maladies mentales.

Les organisations qui désirent prendre part à cette exposition sont priées de s'inscrire auprès de *M. le Secrétaire administratif du II^e Congrès International d'Hygiène Mentale* (Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris, XIV^e arrondissement).

Inscriptions au Congrès

Les dons, cotisations, etc., sont reçus dès à présent par *M. Robert DEMACHY, trésorier du II^e Congrès International d'Hygiène Mentale*, 27, rue de Londres, à Paris.

Une cotisation de 500 francs français est demandée aux *Liges Nationales d'Hygiène Mentale*. La cotisation des *membres adhérents* a été fixée à 125 francs français. La cotisation des *membres associés* est de 75 francs français. Seuls les membres adhérents ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils recevront un exemplaire des rapports et des comptes rendus du Congrès. Pour être membre du Congrès, il faut être agréé par le Bureau. Les docteurs en médecine ne peuvent s'inscrire que comme membres adhérents. Ils peuvent inscrire les membres de leur famille comme membres associés.

Les demandes d'inscription au Congrès peuvent être adressées dès à présent à *M. le Secrétaire administratif du II^e Congrès International d'Hygiène Mentale* (Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris, XIV^e arrondissement).

Les membres adhérents régulièrement inscrits recevront un exemplaire de chacun des rapports dès leur publication.

XLI^e session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

La 41^e session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Nancy du 17 au 22 mai 1937.

BUREAU

Président : M. le D^r M. OLIVIER (de Blois).
Vice-président : M. le D^r Th. SIMON (de Paris).
Secrétaire général : M. le Professeur P. COMBEMALE (de Lille).
Trésorier : M. le D^r VIGNAUD (de Paris).
Secrétaire annuel : M. le D^r HAMEL (de Nancy).

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR

Psychiatrie : Contribution à l'étude biologique des délires alcooliques, par M. le D^r R. BARGUES (d'Agen).

Neurologie : Les atrophies cérébelleuses primitives, par M. le D^r Noël PÉRON (de Paris).

Psychiatrie médico-légale : Les règles à observer du point de vue neuro-psychiatrique dans l'incorporation des recrues, par le Professeur B. POMMÉ (du Val-de-Grâce).

XLII^e session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

La 42^e session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Alger du 6 au 11 avril 1938.

BUREAU

Président : M. le D^r Th. SIMON (de Paris).
Secrétaire général : M. le Professeur P. COMBEMALE (de Lille).
Trésorier : M. le D^r VIGNAUD (de Paris).
Secrétaire annuel : M. le Professeur POROT (d'Alger).

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR

Psychiatrie : Le déséquilibre organo-végétatif au cours des maladies mentales, par le Prof. D. SANTENOISE (de Nancy).

Neurologie : Les séquelles neurologiques et psychiatriques, immédiates et tardives, des traumatismes crâniens, par M. le D^r SCHMITE (de Paris).

Assistance : L'assistance psychiatrique indigène aux colonies, par M. le D^r H. AUBIN (des Troupes Coloniales).

Premier Congrès International de Pyrétothérapie (New-York, 30 mars-2 avril 1937)

Le premier Congrès International de Pyrétothérapie, primitivement fixé à la fin du mois de septembre 1936, se tiendra au Collège des Médecins et Chirurgiens de *Columbia University*, à *New-York City*, du 30 mars 1937 au 2 avril 1937, sous la présidence du Baron Henri de ROTHSCHILD.

Un voyage d'études à quelques hôpitaux des Etats-Unis d'Amérique où est pratiquée la pyrétothérapie aura lieu aussitôt après le Congrès. Les Congressistes visiteront entre autres le Strong Memorial Hospital de l'Université de Rochester, à New-York, le Henry Ford Hospital à New-York, la Clinique Mayo à Rochester (Minnesota), le Kettering Institute for Medical Research au Miami Valley Hospital à Dayton, le Northwestern University Medical School, à Chicago.

Le Comité français, sous le patronage de M. le Ministre de la Santé publique, a pour *président d'honneur* le Professeur d'ARSONVAL, pour *président* le Professeur ABRAMI, pour *secrétaires généraux* les D^{rs} André HALPHEN et J. AUCLAIR, et pour adresse : 222 bis, rue Marcadet, Paris (XVIII^e arr.). Sont *membres du Comité* : MM. ALAJOUANINE, BINET, H. CLAUDE, P. JANET, LARDENOIS, LAUBRY, LEVADITI.

Pour tous renseignements, s'adresser au D^r William BIERMAN, *secrétaire général* du Premier Congrès International de Pyrétothérapie, 471, Park Avenue, New-York City, U.S.A.

UNIVERSITÉ DE BRUXELLES

Création d'une Chaire de Prophylaxie Criminelle

M. le D^r Ernest DE CRAENE est nommé Professeur de Prophylaxie Criminelle à l'Institut de Criminologie de la Faculté de Droit de l'Université libre de Bruxelles.

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

Création d'une deuxième chaire de psychiatrie

M. le D^r W. BOVEN est nommé professeur de psychiatrie théorique, de psychiatrie légale et de caractérologie.

Ainsi que nous l'avons précédemment annoncé, c'est M. le Professeur H. STECK qui est titulaire de la Chaire de Clinique psychiatrique.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 52.911

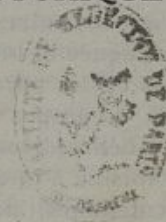
ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE LANGAGE INTERIEUR DANS L'HALLUCINATION PSYCHIQUE

PAR

PIERRE JANET



Une observation assez curieuse d'hallucination psychique nous permettra peut-être de revenir un peu sur le mécanisme de l'hallucination.

Une jeune fille de 32 ans, que j'ai pu observer à l'Hôpital Henri-Rousselle, dans le service de M. Simon, grâce à l'obligeance de M. Schiff, et que j'ai déjà étudiée sous le nom de Nadine, a été, depuis son enfance, une asthénique psychologique : son développement pendant l'enfance a toujours été lent ; l'apparition des dents, la marche, la propreté, ont été très en retard, les règles n'ont commencé qu'à dix-huit ans. Mais elle était intelligente, elle s'est instruite et elle a beaucoup lu, elle était cependant peu active, rêveuse, « toujours dans la lune ».

Un premier amour à 18 ans n'a pas eu d'importance, mais à l'âge de 27 ans, elle a été très émue, dès le premier abord, par le visage de son chef de rayon dans un magasin où elle travaillait, car « ce visage exprimait la bonté et la pureté, et il y a eu tout de suite un courant de sympathie ». Elle est devenue très amoureuse : dans les notes de service que lui envoyait ce chef de

rayon, « elle savait lire bien des choses entre les lignes » et interprétait tout comme des déclarations d'amour. Elle reconnaît d'ailleurs honnêtement que son bien-aimé ne lui a jamais dit un mot d'amour ouvertement et qu'elle n'a jamais osé lui exprimer ses sentiments, mais « elle sentait en elle un certain vide, elle se sentait isolée, elle avait toujours souffert beaucoup de la timidité et elle se précipitait dans cet amour sans avoir besoin de l'exprimer extérieurement ».

En même temps, Nadine éprouvait un sentiment de répulsion et de haine contre une camarade qui travaillait avec elle, qui lui déplaisait par sa conduite et ses manières et qui se moquait « du grand amour ». Ce sentiment d'hostilité a été le point de départ de croyances délirantes sur une conspiration dirigée contre elle par cette camarade et par « de vilaines filles » qui auraient monté une cabale pour la diffamer, pour salir sa réputation et empêcher son mariage avec le chef de rayon. La malade, comme nous le dit sa mère, avait toujours eu plus ou moins une disposition à se croire persécutée, à se plaindre qu'on l'aimait moins que les autres ; d'autre part, ses compagnes l'avaient réellement attaquée et tourmentée, il y avait eu réellement de grandes disputes et des paroles violentes. Quoi qu'il en soit, Nadine présentait à ce propos un véritable délire de persécution englobant dans ce délire diverses personnes nouvelles, comme la concierge et des voisins à la campagne. Elle interprétait des paroles vaguement entendues, des attitudes, « des circonstances qui avaient l'air de s'enchaîner » : elle croyait entendre dire du mal d'elle et se retournait brusquement dans la rue parce qu'elle s'entendait appeler par son prénom pour l'injurier.

Pour se défendre contre cette cabale, elle écrivait au chef de longues lettres dans lesquelles elle montrait que sa vie était irréprochable et dans lesquelles elle exprimait ses sentiments d'amour qui devaient correspondre aux siens, dont elle ne doutait pas. Le chef, trouvant ces lettres absurdes, les a renvoyées à la mère de Nadine et a exigé que celle-ci quittât le comptoir. Comme elle était d'ailleurs fatiguée, chétive, comme un examen médical avait trouvé l'auscultation et la radiographie des poumons un peu suspectes, les parents ont arrêté le travail de la malade et l'ont placée quelques mois à la campagne.

Dans cette campagne, où elle est isolée, le délire se développe : elle reste continuellement à rêver et on voit de temps en temps des sourires sur sa figure. Comme elle ne peut plus lui envoyer des lettres réelles, elle continue cependant à converser avec son chef de rayon qui lui parle perpétuellement. Elle interprète tout : « Le chef a renvoyé ses lettres et l'a adressée à un

médecin, c'est qu'il prend soin de sa santé et qu'il la soumet à une épreuve pénible, mais nécessaire après tous ces cancanages ». De petites vérifications par de puériles interrogations du sort fortifient encore sa croyance. Elle est convaincue que ce personnage l'aime profondément et qu'il veut l'épouser : « Même si vous m'enfermez, je ne changerai pas de sentiment et je ne veux pas changer... On veut nous séparer, mais nous communiquons par la pensée. On ne possède qu'une petite plume de cet oiseau blanc qui est la vérité, il faut la garder précieusement. »

Cette conviction s'exprime par des conversations amoureuses perpétuelles, elle parle à son aimé qui lui répond par la pensée. « Il y a entre nous rien de physique, je ne l'ai jamais touché, je n'ai jamais songé à le faire ; je ne vois pas sa figure matériellement, je n'entends pas sa voix matérielle au dehors par les oreilles. Un seul petit baiser qui a été échangé était tout spirituel, la mère du jeune homme était présente spirituellement, tout était tellement idéalisé et réel pourtant... Cependant, je sais tout ce qu'il pense, je sais qu'il est triste, mais je le sais seulement par son attitude que je sens ; je sais qu'il m'aime, qu'il attend simplement la fin de ces cancanes pour se déclarer officiellement. Mais c'est une communication par la pensée, quand il me dit : Je suis là, ce n'est pas ma bouche à moi qui le prononce, je ne suis pas assez naïve pour cela, c'est à mon esprit que son esprit le communique. » Elle croit à des choses spirituelles, à la divinité de l'homme, elle prétend que son cœur s'est élargi, qu'elle aime plus et pense plus que les autres. « Pourquoi n'y aurait-il pas communication des esprits capables de franchir la distance comme les ondes ? »

La malade soutient qu'elle distingue très bien, dans ces conversations intérieures, les paroles qu'elle prononce elle-même, qui lui appartiennent, et les réponses prononcées par l'aimé, qui ne lui appartiennent pas à elle-même, qui appartiennent à un autre. Elle indique un certain nombre de traits distinctifs : sa propre parole est sentie dans la bouche et le gosier, et détermine des vibrations du larynx ; la parole de l'aimé est localisée plus haut dans le front ou dans la tête et ne s'accompagne pas de ces vibrations. On peut rappeler, à ce propos, une vérification intéressante faite par M. Schiff sur une autre malade : on pouvait constater les vibrations du larynx dans les paroles qu'elle s'attribuait à elle-même et l'absence des vibrations dans les paroles attribuées à l'autre. Nadine emploie quelquefois, mais sans y insister, l'argument classique des médiums : la voix de l'aimé lui révèle des choses qu'elle ne peut pas connaître elle-même.

Comme il ne s'agit que des mauvaises intentions des vilaines filles, ce n'est guère une révélation, mais une expression du délire précédent. Elle prétend aussi qu'elle peut entendre sa voix en même temps qu'elle parle elle-même, mais elle reconnaît que c'est douteux et que, dès qu'elle est fatiguée, l'alternance des deux paroles devient manifeste.

L'argument sur lequel elle insiste le plus pour prouver cette objectivité de la parole du chef de rayon, c'est que cette parole n'est pas toujours celle qu'elle désire et qu'elle attend. Il y a des moments où il ne lui répond pas quand elle le demande ou bien où il la contredit : « Je peux bien, si vous le voulez, créer la voix, mais non pas le silence. »

Nadine reconnaît cependant, d'une manière intelligente, que ce ne sont pas là « des preuves palpables qui puissent convaincre les autres et en particulier sa mère », même pour la méchanceté des vilaines filles, les preuves palpables bonnes pour les autres m'ont toujours manqué. Mais elle a des preuves convaincantes pour elle-même qui lui donnent une certitude inébranlable et ces preuves constituent des caractères psychologiques intéressants de l'hallucination.

D'abord, il y a un état de calme et de joie indescriptible qu'elle ressent quand elle l'entend et quand elle s'abandonne à cette croyance. Nous retrouvons ce sentiment de béatitude ineffable qui caractérisait les extases et qui amenait cette même conviction inébranlable. La seconde raison essentielle est *le sentiment d'imposition* qui envahit l'esprit quand il parle. « Cette parole qui vient dans mon esprit ne vient pas de moi puisqu'elle m'est imposée, c'est la parole d'un autre puisqu'elle n'est pas de moi... Cela, je ne le crois pas, je le sens, je ne peux pas dire autre chose. »

Cette hallucination de la parole, qui présente l'apparence de venir d'une autre personne, n'est cependant pas complète, il y a indépendance et séparation des personnes, mais il n'y a pas extériorité matérielle, puisque cette parole reste à l'intérieur du sujet. D'autre part, cette parole, quoique reconnue, n'a pas tout à fait le son d'une parole entendue au dehors. La malade répète qu'elle ne reconnaît pas la vraie sonorité matérielle d'une voix humaine extérieure. Il me semble que ses descriptions se rapportent assez bien à ce que les psychologues appellent des images, ces reproductions, ces dessins plus ou moins analogues à des perceptions, mais qui ne sont pas des vraies perceptions. Il s'agit aussi de ce que Nadine appelle des pensées, des idées, ces reproductions incomplètes de paroles qui rappellent et qui permettent de reconnaître de vraies paroles, mais qui ne se confon-

dent pas avec de vraies paroles prononcées ou entendues. Quand ces phénomènes prennent l'apparence d'hallucinations, il s'agit du syndrome que, depuis Baillarger, on désigne sous le nom d'*hallucinations psychiques*.

Les hallucinations dites psychiques sont assez fréquentes et j'ai déjà eu l'occasion d'en décrire bien des exemples ; mais ce que le cas de Nadine présente d'un peu particulier, c'est que le sujet a, en même temps, des hallucinations qui semblent différentes. Nous avons déjà vu qu'elle s'entend interpellé par son prénom dans la rue, qu'elle se retourne brusquement et demande aux autres personnes si elles ont entendu, ce qu'elle ne fait jamais quand il s'agit des hallucinations psychiques. Elle a entendu « les vilaines filles » dire des injures contre elle ; de temps en temps, mais rarement, le bien-aimé a aussi une voix extérieure, mais le plus souvent, il garde sa voix psychique, « c'est dans un autre plan », dit la malade. Ces autres hallucinations sont aussi étrangères à la personnalité du sujet, mais elles sont franchement extérieures, elles ont l'extériorité physique et elles ont la sonorité matérielle de la voix d'une autre personne. C'est la réunion de ces deux hallucinations chez le même sujet qui nous amène à quelques réflexions sur l'hallucination. Nous ne pouvons pas admettre deux maladies différentes et tout en conservant les différences essentielles des deux phénomènes, il nous faut comprendre le mécanisme de l'hallucination de telle manière qu'il rende possibles les deux apparences.

Le premier problème est le plus simple : les deux hallucinations sont différentes parce qu'elles nous présentent le mécanisme de l'hallucination appliqué à deux phénomènes psychologiques différents. Sans doute, il s'agit toujours du langage et les deux formes sont des hyperendophasies, comme disait M. Ségla. Mais chez l'homme, le langage présente deux formes qui se sont peu à peu nettement différenciées, le *langage extérieur* avec des mouvements complets de l'appareil phonateur dans l'acte du parler et des actes perceptifs complets dans l'acte du « être parlé ». *L'autre langage est le langage intérieur* avec réduction de ces deux actes à la phase de l'érection. Ce dernier langage est sorti de l'acte du secret qui a réduit les manifestations extérieures de la parole pour permettre le développement des intentions à l'abri de l'opposition des autres hommes et il est devenu le point de départ de la pensée.

Nous pouvons faire quelques remarques sur l'usage de ces deux langages dans la vie de notre malade. Le premier langage, le langage usuel extérieur était employé par elle dans ses disputes avec ses compagnes, « les vilaines filles » : elles se disputaient

et s'injuriaient réellement. « Il y a des gens ignobles, répète-t-elle, qui cherchent à salir la réputation d'une jeune fille et qui m'ont réellement forcée à quitter la maison. » Il s'agit là de paroles réellement prononcées et entendues par elle. Ce langage associé avec la représentation des vilaines filles a conservé ses caractères dans le trouble hallucinatoire, il a donné naissance aux hallucinations dites sensorielles et la malade dit elle-même : « On reconnaît mieux au dehors la voix des personnes moins instruites, plus brutales. »

Les conversations d'amour avec le chef de rayon n'ont jamais été de ce genre : en fait, Nadine ne lui a jamais dit un mot d'amour et n'a jamais entendu de lui un mot intime, tout s'est toujours passé dans la rêverie, avec le langage intérieur de la pensée et ce langage est resté associé avec la représentation du chef de rayon comme amoureux. L'hallucination de ces conversations spéciales a conservé les caractères du langage intérieur mal localisé dans la tête, distinct, reconnaissable, mais avec des caractères sensoriels incomplets, comme nous le sentons quand nous nous représentons les paroles d'un autre. Ce n'est que rarement, surtout quand il ne s'agit plus de conversations amoureuses, que le langage du chef prend les caractères extérieurs du langage ordinaire.

Les deux hallucinations ont des caractères communs. Je n'insiste pas sur le sentiment de calme et de joie ineffable qui les accompagne : « C'est une telle paix intérieure qui n'est pas naturelle, qu'on ne peut pas éprouver si ce n'est pas vrai. » Il y a là une satisfaction de l'esprit quand il arrive à une réalisation qui s'accorde avec ses sentiments. Elle dépend d'un certain abaissement de l'esprit que j'ai déjà étudié dans l'extase qui supprime des phénomènes supérieurs coûteux, laisse des forces disponibles et permet des activités inférieures avec sentiment de triomphe. Ce sentiment de triomphe donne aux délirants une certaine excitation qui les aide à vivre et qui permet la longue conservation d'une certaine intelligence sans démente trop rapide. On retrouve, chez notre malade, la faiblesse, la dépression, dès qu'elle a un doute, et le besoin de cette excitation par une croyance sentimentale : « Je ne m'ennuie jamais, cela me donne du courage pour vivre. »

La constatation de cet abaissement extatique est intéressante pour nous montrer l'état de dépression psychologique qui caractérise l'hallucination. Maury disait autrefois, dans son étude sur les rêves, p. 159 : « Ce n'est pas la concentration de la pensée sur un sujet qui donne naissance aux hallucinations. Celle-ci se présente tout d'un coup spontanément... La volonté s'est retirée

quand l'esprit se laisse aller à la contemplation de ses idées, de ses chimères... Il y a une période de tension et une période de détente, c'est à la seconde qu'appartient l'hallucination. » Nous allons le voir plus nettement en étudiant le second caractère des hallucinations de Nadine, *le sentiment d'imposition*.

Un autre symptôme, en effet, me paraît essentiel dans le délire de Nadine et dans ses deux hallucinations, c'est qu'elle exprime très fréquemment *les sentiments d'emprise*, si caractéristiques du délire de persécution. On note chez elle le sentiment de la communication des pensées, le sentiment du devinement. Comme elle est plutôt euphorique, elle a surtout ce sentiment sous la forme active : elle parle peu de la peur d'être devinée, quoi qu'elle m'ait dit une fois : « Vous pouvez le deviner sans que je le dise. » Elle croit surtout deviner la pensée des autres : « Si vous pensiez une phrase bien articulée, je la saurais. » Elle a, à un haut degré, le sentiment de présence : « Il est toujours présent, pas dans cette pièce, mais à côté, il ne s'éloigne pas de moi, il suit tous mes faits et gestes, il voit tout ce qui se passe en moi, mais je ne peux pas le voir ; tout à l'heure, il était à causer avec vous pendant que j'attendais dans le vestibule. »

Le sentiment d'emprise le plus important, le sentiment d'imposition, accompagne toujours les hallucinations, dès qu'il y a chez un sujet des hallucinations, on trouve toujours, sous une forme ou sous une autre, le sentiment d'imposition ; ce qui n'est peut-être pas assez remarqué, c'est qu'on ne trouve plus ce sentiment d'imposition chez les sujets qui n'ont pas d'hallucination et qui ne présentent que des interprétations. Ceux-ci ont des sentiments différents que l'on peut appeler des *sentiments d'agression* et cette différence est très importante pour l'interprétation des deux formes de la maladie.

Nadine exprime très bien ce sentiment d'imposition à propos de ses hallucinations psychiques : « Cette parole qui vient dans mon esprit ne vient pas de moi, puisqu'elle m'est imposée, je le sens. » Elle se sert même de ce sentiment comme d'une preuve de la réalité externe de ces paroles de l'aimé. Il me semble intéressant de remarquer qu'elle n'exprime plus le même sentiment quand il s'agit de ses autres hallucinations sensorielles, par exemple, quand elle s'entend interpeller dans la rue, elle se borne à dire qu'elle a entendu. Nous retrouvons ici la remarque profonde de M. Séglas dont M. Ceillier a bien montré l'importance (1) : « Le persécuté psycho-moteur se plaint beaucoup du

(1) Cf. les sentiments dans le délire de persécution, *Journal de psychologie*, 15 mars-15 avril 1932, p. 175.

sentiment d'automatisme (sentiment d'imposition serait plus exact), tandis que le persécuté de Lasègue, tourmenté par des hallucinations de l'ouïe, n'exprime plus le même sentiment. » M. Ségla s demande si la forme de l'hallucination complète avec objectivation spatiale, ne libère pas l'halluciné du sentiment de l'imposition. La remarque est très juste, mais je l'exprimerais autrement. Le malade, qui a des hallucinations de l'ouïe, n'est pas libéré du sentiment d'imposition, il continue à l'éprouver au plus haut degré, mais il lui donne, au moins dans son langage, une autre forme : avoir des hallucinations, c'est avoir le sentiment d'hallucination, ce qui n'est pas autre chose que ce même sentiment d'imposition appliqué au langage au lieu d'être appliqué aux actions volontaires. Sentir qu'une parole inattendue nous est imposée, qu'elle vient d'une autre personne, qu'elle est extérieure, n'est-ce pas identique à l'entendre ? Nadine présente donc le sentiment d'imposition dissimulé et transformé dans ses hallucinations sensorielles.

Il n'y en a pas moins ici un fait singulier que je n'ai pas le sentiment de comprendre complètement, c'est que le sentiment d'imposition est, chez elle, parfaitement conscient dans les hallucinations psychiques et qu'il est dissimulé dans les hallucinations sensorielles. Pourquoi n'est-elle plus soumise à la loi de Ségla dans les hallucinations psychiques, qui sont encore des phénomènes de langage ?

Quand Nadine parle de ses hallucinations psychiques, elle se comporte comme le persécuté psycho-moteur que décrivait M. Ségla, elle parle de ce langage de l'aimé comme s'il s'agissait encore d'un acte accompli par elle, mais commandé par un autre. Quand je décrivais les sentiments d'emprise de Flavie, je faisais remarquer le changement des sentiments à propos du même acte : « Hier, c'était moi qui faisais la lessive, aujourd'hui, c'est la même lessive que je fais de la même façon, mais quelqu'un me la fait faire. » La malade, disais-je, voit bien que ce sont ses bras à elle qui font la lessive et elle ne peut pas dire que cette lessive est entièrement faite par un autre, elle ne peut l'attribuer qu'en partie à un autre en parlant de commandement et d'obéissance. Nadine semble en faire autant à propos des paroles attribuées à l'aimé ; les choses se passent comme si elle sentait encore un peu que la parole vient de sa bouche à elle comme la lessive des bras de Flavie, elle n'en a perdu qu'en partie la possession personnelle en disant seulement que cette parole obéit à une impulsion, à un commandement extérieur. Tandis que, lorsqu'elle entend la parole à l'extérieur, elle ne sent plus qu'elle prononce la parole par obéissance, elle en a

perdu tout à fait la possession personnelle et elle se croit complètement passive en l'entendant.

Toutes les conduites sociales nécessitent des représentations complexes dans lesquelles il y a, à la fois, la représentation de notre action et la représentation de l'action des autres. Il faut toujours, dans ces conduites, une opération de répartition qui attribue une partie de ces représentations complexes à nous-mêmes et une partie à un autre. Cette répartition, toujours délicate et sujette à l'erreur, dépend en grande partie de nos sentiments : les réactions de triomphe aussi bien que les angoisses déterminent des troubles dans ces répartitions et amènent des erreurs de répartition sociale dans les conduites sociales. Les sentiments d'emprise qui sont, au fond, des erreurs dans ces répartitions, sont une des premières manifestations de ce trouble des conduites sociales. Le sujet perd la possession complète de son action, ou plutôt, il perd la possession de la partie de l'action sociale qui devrait être attribuée à sa personne ; il sent que son action lui échappe, au moins en partie, et qu'elle est attribuée à un autre. Le sentiment de devinement consiste essentiellement dans la perte de la possession secrète et exclusive de la pensée, comme le sentiment d'imposition est la perte de la partie de l'acte qui dépend de l'initiative. L'hallucination, qui n'est qu'une forme grave du sentiment d'imposition, exprime cette perte du sentiment de l'initiative personnelle dans certaines paroles.

Notre malade a toujours été une asthénique sociale et sa grande timidité, qu'on observe si fréquemment chez les futurs persécutés, en était l'expression. Des difficultés sociales, des rivalités, des querelles dans le magasin où elle travaillait, ont épuisé davantage sa faible activité sociale : elle a eu d'abord le sentiment mélancolique social d'agression et d'hostilité, puis le besoin d'être soutenue, dirigée, excitée et l'aspiration à l'amour. Sur une constitution de ce genre, encore troublée par des troubles digestifs et peut-être par des débuts de tuberculose, s'est produite une perturbation plus grande des fonctions sociales et se sont développés des sentiments d'emprise et en particulier des sentiments d'imposition sous la forme d'hallucinations.

Sans doute, la malade paraît fort délirante : G. de Clérambault disait justement : « Ce n'est pas l'idée de persécution qui crée l'hallucination, c'est l'hallucination elle-même qui crée le délire. » (1). La croyance complète, qui donne à la formule ver-

(1) G. DE CLÉRAMBAULT. — Psychoses à base d'automatisme, *Pratique médicale française*, mai 1925, p. 189.

bale un degré si élevé de réalité (1) dépend, en effet, du trouble des fonctions sociales qui est à la base de l'hallucination. Celle-ci abaisse également la croyance et la fait rétrograder jusqu'à la forme de la croyance asséritive sentimentale, en supprimant l'exactitude des répartitions sociales, elle supprime aussi les distinctions subtiles des degrés du réel et donne, à la croyance, une forme brutale.

M. J. Piaget, dans son livre si intéressant sur la causalité physique chez l'enfant (1927), nous a montré une évolution des croyances enfantines qui passent du point de vue individuel et égocentrique à la considération du point de vue des autres, à la réciprocité, et de l'affirmation absolue à la relativité ; l'égocentrisme diminue avec le sentiment de la subjectivité (2). Les études de M. Piaget portent sur les croyances relatives au monde physique, il y aurait une belle étude du même genre à faire sur les croyances relatives au monde social. Nadine, sur un point particulier, car les troubles de ce genre sont très systématisés, a des croyances égocentriques et absolues : il y a régression dans la croyance comme dans la répartition des représentations sociales.

Ces dissociations des conduites sociales, ces sentiments d'emprise et ces régressions de la croyance, peuvent être des troubles passagers, comme je le vois souvent à l'Hôpital Henri-Rousselle où le délire de persécution pris au début présente beaucoup moins les formes chroniques que l'on observe d'ordinaire dans les asiles. Nos observations sur les différences du sentiment d'imposition dans les hallucinations psychiques et dans les hallucinations sensorielles nous ont montré que la dissociation des fonctions socio-personnelles était probablement moins profonde et moins grave dans les hallucinations psychiques que dans les hallucinations sensorielles. Or Nadine, qui a présenté, au début, des hallucinations sensorielles, ne les a plus que rarement et présente surtout des hallucinations psychiques. On peut admettre que le trouble de la répartition sociale, qui ne s'applique plus guère qu'au langage intérieur et qui ne constitue plus qu'un trouble de la rêverie, de l'histoire continuée, est devenu moins grave. On peut espérer que, dans ce cas, le repos, un certain degré d'isolement pour diminuer le travail des fonctions psychologiques sociales, une direction psychologique suffiront pour arrêter cette évolution dangereuse d'un délire social.

(1) L'hallucination dans le délire de persécution, *Revue philosophique*, janvier-mars 1932.

(2) PIAGET, *Op. cit.*, p. 279.

STRUCTURE, CLINIQUE ET PATHOGÉNIE DES PSYCHOSES EXOGÈNES ⁽¹⁾

PAR

I. G. RAFKIN (de Moscou)

Les troubles mentaux exogènes (au sens strict du mot) présentent un matériel de clinique expérimentale dont l'étude, nous semble-t-il, permet d'espérer la solution d'une série de questions complexes en psychiatrie et en psychopathologie.

La répercussion énorme sur le système nerveux que l'on constate au moment où le facteur pathogène vient s'implanter dans la personnalité saine jusqu'alors en faisant vibrer les différents registres du psychisme du sujet, ouvre de vastes horizons non seulement au point de vue de la conception de la nature et de la pathognomonie des complexes symptomatiques et syndromiques séparés des différents états psychosiques, mais également dans le sens de l'étude des fines particularités constitutionnelles de la personnalité et de leur estimation au point de vue de leur participation à la structure de la psychose.

Il faut dire cependant que ce riche matériel de clinique expérimentale, malgré le vif intérêt qu'il a éveillé, n'est pas suffisamment apprécié. La mésestimation de ce chapitre de la psychiatrie apparaît dans ce fait que les voies de l'étude de ce matériel sont habituellement fausses et insuffisantes. La thèse avancée par Bonhoeffer sur la réaction à type exogène a soulevé en son temps une grande discussion, à savoir si la distinction d'une réaction de ce genre se trouvait justifiée, ce qui pour l'époque donnée était d'ailleurs compréhensible et naturel.

(1) Premier mémoire : *Sur les questions fondamentales de la doctrine de la réaction à type exogène*. Institut de Prophylaxie neuro-psychiatrique. Dir. Pr. W.-A. Wnoukoff. Institut d'étude des maladies professionnelles. Dir. Pr. agr. G.-D. Arnaoutoff.

Cette discussion qui n'aboutit pas à une conformité d'opinions bien arrêtées sur cette question, mais qui servit néanmoins à assurer ultérieurement la position de Bonhoeffer, ne fut pas stérile. Il suffit de signaler les contributions supplémentaires qui furent apportées à cette doctrine par Specht sur le rôle du facteur d'intensité, par Kræpelin sur le rôle du facteur temporaire du rythme de l'action et le rôle de l'action métatoxique sur le système nerveux central et celles de Sterz et de Seelert, sur les symptômes essentiels et secondaires, etc.

L'étude ultérieure n'a cependant pas suffisamment approfondi cette question et analysé ce matériel en tant qu'expérimental. Il arrivait assez souvent que la richesse de ces symptômes polymorphes captivait entièrement l'attention de l'observateur et n'amenait que de simples descriptions, sans aboutir toutefois à des généralisations ou à des conclusions théoriques. Même dans les travaux de clinique expérimentale spécialement entrepris dans cette direction et où on s'attendait encore tout récemment à de grands résultats (par exemple les travaux sur l'intoxication par la mescaline), on constate la prédominance très marquée du matériel descriptif. Il suffit de se rappeler la monographie de Beringer. Il est vrai que ces faits s'expliquent aussi en partie par la complexité du problème et la nouveauté des questions qu'il suscite.

Il faut cependant rendre justice aux auteurs français qui nous ont donné, sur le fond de l'étude des psychoses exogènes, non seulement de belles descriptions des diverses manifestations psychopathologiques, mais qui nous ont également apporté une grande contribution à la conception de la nature et de la pathogénie des différents troubles de conscience (Régis, Lhermitte, Claude, Baillarger et autres).

Le présent mémoire sert d'introduction à une série de communications ultérieures sur la clinique, la structure et la pathogénie des psychoses exogènes. C'est pourquoi nous omettons avec intention une série de questions importantes. Nous nous proposons de les traiter ultérieurement. En tant qu'introduction, le présent mémoire est destiné à préciser quelques notions souvent employées dans le domaine des troubles mentaux exogènes, auxquelles on attribue souvent un contenu divers et que l'on interprète différemment.

Il faut constater tout d'abord qu'il n'y a pas d'entente précise sur ce qu'on est convenu d'appeler réaction à type exogène. L'enchevêtrement intime des phases exo et endogènes dans le développement des psychoses a abouti à ce que les états et les

réactions, que certains auteurs qualifient d'exogènes, sont envisagés par d'autres comme endogènes. De sorte que, si Bonhoeffer délimite très nettement des affections endogènes les états et les formes de réactions qu'il classe parmi les exogènes, Kraepelin et Specht, par contre, considèrent qu'il n'y a, en principe, aucune différence entre les états endogènes et ceux suscités par un facteur exogène et que les réactions et les états que Bonhoeffer rapporte aux états exogènes ne sont, par le fait, à leur avis, que des états et des réactions endogènes.

D'ailleurs, n'est-il pas intéressant de rappeler qu'il a existé une tendance à classer une affection endogène telle que la schizophrénie parmi les réactions à type exogène (Bunke, Pohlisch, Rosenfeld).

La question même de l'origine exo ou endogène de tel ou tel état ou réaction pathologique ne se pose plus d'une manière aussi absolue. Actuellement, le fait que chaque état pathologique est conditionné par des facteurs exo et endogènes à la fois est admis sans réserve.

Il nous arrive souvent de rapporter aux états exogènes telle ou telle manifestation pathologique, parce que nous ne sommes pas encore capables de saisir et de discerner les particularités fines de la personnalité. Nous ne sommes en état de saisir et de différencier en groupes les particularités constitutionnelles de la personnalité qu'à un certain degré de leur manifestation, c'est-à-dire sous une forme plus ou moins grossière. Il en est de même pour le déroulement de la phase exogène, dont nous ignorons très souvent le mécanisme et les rapports avec telle ou telle particularité constitutionnelle endogène, ce qui a pour conséquence que les états pathologiques conditionnés, en grande partie, par des facteurs exogènes, sont assez souvent rapportés par nous aux états endogènes. Et cependant, il nous semble très important de différencier les états pathologiques, les réactions et les complexes symptomatiques (temporaires ou durables) qu'on pourrait considérer comme tout particulièrement conditionnés par des facteurs exogènes. Il est donc nécessaire d'établir les critères de l'exogénéité, d'un état pathologique donné. Comme critérium indiquant que la réaction ou l'état donnés sont conditionnés tout particulièrement par des facteurs exogènes, nous pouvons prendre, semble-t-il, les deux comportements suivants :

I. L'uniformité, « la communauté », si on peut s'exprimer ainsi, des réactions (ou des états) qui évoluent chez différents

sujets sous l'influence de l'agent exogène, c'est-à-dire un certain degré d'indépendance de la forme de réaction (ou de l'état) donnée à développement exogène par rapport aux particularités constitutionnelles de la personnalité. Nous avons en vue ce genre de réactions (ou d'états) à l'apparition et à l'évolution desquelles on peut s'attendre chez tout sujet ou chez la plupart des sujets qui subissent, du côté du cerveau, une influence exogène d'intensité notable.

Ainsi, par exemple, on peut s'attendre à une perte complète de connaissance, à un certain abaissement, à un rétrécissement de conscience que nous désignerons par le terme d'*étourdissement* chez tout sujet soumis à une action extérieure d'une intensité déterminée. Les états de conscience délirants, ainsi que le montre notre matériel, qui embrasse plus de 200 cas de psychoses d'intoxication ou symptomatiques aiguës ou subaiguës, de même que les données littéraires, se rencontrent si fréquemment dans différentes psychoses exogènes, qu'ils ne peuvent par eux-mêmes (comme forme de réaction), être rattachés aux particularités constitutionnelles de la personnalité et peuvent apparemment, dans certaines conditions, se développer chez tout être bien portant. Les particularités individuelles peuvent apparaître ici principalement dans les différents degrés de résistance constitutionnelle par rapport à l'action exogène et du côté du contenu, de la pathoplasticité de l'état donné.

« L'état délirant, dit Zeelert, est tellement typique pour l'action toxique sur le cerveau que, dans les cas où il s'observe, nous pouvons être entièrement fixés sur la présence de l'agent toxique. » Si nous trouvons, par exemple, dans la syphilis cérébrale, dans l'artériosclérose ou dans l'état épileptique d'obnubilation, les composantes du délire, nous devons en rechercher la base toxique ; il en est de même dans la commotion cérébrale, qu'il s'agisse d'une désagrégation de produits agissant sur le cerveau ou d'une modification de respiration ou autre.

Les différentes formes et degrés des troubles de conscience sont des états pathologiques qui sont les plus fréquents dans les troubles mentaux exogènes. La question se pose tout naturellement de savoir si toutes les variétés de troubles de conscience qui se développent, ne serait-ce que consécutivement à l'influence exogène, peuvent être considérées comme conditionnées essentiellement par cette influence.

La solution de ce problème exige, à ce point de vue, une étude plus détaillée des différents troubles de conscience. Pour l'instant, nous laisserons de côté leur structure.

Dans les troubles mentaux exogènes, nous trouvons toute une gamme de troubles de conscience, à commencer par les plus légers, des états à peine perceptibles d'étourdissement jusqu'aux états très marqués qu'on nomme les états confusionnels. Si les troubles de conscience grossiers sont, grâce à leur manifestation très apparente, facilement perçus, les troubles plus légers, par contre, échappent souvent à notre attention. Nous avons eu souvent l'occasion d'observer des malades après des intoxications aiguës, dont le contact était comparativement aisé, qui s'orientaient très bien dans le temps et le milieu ambiant, qui n'offraient point de manifestations hallucinatoires, mais chez lesquels on notait une certaine mollesse, de l'inhibition, une fatigabilité rapide et de l'épuisement. Il était difficile, dans ces cas-là, de parler de troubles de conscience, et cependant, il nous arrivait souvent d'être frappés, le lendemain même, du changement qui s'était opéré dans la conduite du malade ; on notait de l'entrain, de la vivacité, des réponses plus rapides aux questions posées et, le plus intéressant de tout, c'est qu'il arrivait fréquemment que la journée de la veille avait totalement disparu de la mémoire du malade, ou bien il s'en souvenait à peine et ne vous reconnaissait pas.

Ainsi le trouble de conscience, dans ces cas-là, est constaté rétrospectivement.

Nous nous servons habituellement de signes grossiers et manquant de précision pour constater une perturbation de la conscience. Comme preuve à l'appui du trouble de la conscience, on allègue le plus souvent la « désorientation » et la perte du souvenir d'un laps de temps écoulé. Et cependant, nous savons très bien que, dans les états délirants très marqués, il arrive fréquemment qu'il n'y a pas de désorientation dans le milieu ambiant, ni dans la propre personnalité. On sait aussi que, dans l'état de conscience délirant, la conservation du souvenir des impressions reçues est même, jusqu'à un certain point, typique de cet état.

Mayer-Gross s'exprime ainsi : « De même qu'une mémoire relative aux impressions bien conservée (dans la psychose) n'est qu'un faible indice de la lucidité de la conscience, de même la perte de mémoire (l'amnésie) survenant sitôt après que le dernier épisode de la psychose aiguë s'est éteint, n'indique que faiblement qu'il y a eu trouble de conscience. » Il faut noter également que les termes utilisés pour les différentes variétés de troubles de conscience sont impropres et ne sont pas nettement délimités pour les différentes formes. Il suffit d'indiquer

le terme souvent employé de « confusion » de conscience ou, comme disent les Allemands, « Verwirrtheit ».

Dans le cas donné, le symptôme de conscience troublé se trouve identifié à la conscience troublée elle-même. Il est aussi peu exact de parler d'une conscience confuse que de parler d'une conscience désorientée.

Et finalement, il faut encore signaler que beaucoup d'auteurs désignent du même terme des états différents. Il suffit de passer en revue les notions d'« amentia » et de « delirium » chez Kræpelin, Gaupp, Jaspers, Mayer-Gross et autres pour s'en convaincre.

Les différentes variétés de troubles de conscience que nous observons dans les psychoses exogènes peuvent essentiellement être classées en 3 groupes différents :

Le 1^{er} groupe comprend les troubles de conscience qui sont caractérisés essentiellement par « l'appauvrissement de la production psychique » (Rosenstein), « une diminution des impressions psychiques » (Jaspers), la pauvreté des associations, l'insuffisance des actes synthétiques, le manque d'éclat des perceptions et des souvenirs (Jaspers), comme une certaine dévastation.

Ce groupe aurait pu porter la dénomination pas très réussie, mais cependant employée en littérature, de « conscience abaissée » ou de « conscience dévastée » (*leeres Bewusstsein* d'après Jaspers).

Nous faisons rentrer dans ce groupe toutes les variétés de ce qu'on nomme état d'étourdissement, à commencer par les degrés les plus légers, à peine perceptibles de l'étourdissement, jusqu'à la perte totale de connaissance.

« La perte totale de connaissance », *l'état comateux*, quand le monde extérieur n'est plus perçu et le cours des associations réduit au strict minimum, c'est le degré superlatif de l'étourdissement (de la conscience abaissée). Viennent ensuite des degrés moins marqués d'étourdissement où l'excitation venant du dehors est perçue, mais à tel ou tel degré limité et d'intensité restreinte.

Par rapport aux états d'étourdissement de ce genre, on pourrait ébaucher (d'une façon schématique et grossière), les gradations suivantes : 1. Le degré profond d'étourdissement, quand l'excitation du dehors est perçue confusément à grand'peine et en quantité fort limitée. L'élaboration active des impressions est ici insignifiante ou fait totalement défaut. L'impression du dehors ne trouve pas d'écho dans la conscience, se fige et ne se

rallie ni aux impressions précédentes, ni à celles qui suivent. Dans ces cas-là, on observe souvent l'écholalie, la persévération et la stéréotypie.

OBSERVATION. — P..., 31 ans, entra à l'Institut d'Obouch par suite d'une intoxication par le gaz d'éclairage. Pendant les quatre premières heures il présenta un état d'agitation motrice très marquée qui portait un caractère chaotique sur un fond de conscience très abaissée, après quoi il resta étendu tout à fait sans mouvements. On constata un étourdissement notable ; il ne percevait presque pas les objets environnants, ne donnait presque aucune réaction à l'approche d'un objet quelconque de ses yeux, saisissant les questions à grand-peine, les réponses avaient un caractère de stéréotypie et de persévération. Questionné plusieurs fois sur son nom et prénom il répondit : « Polikarpoff du gouvernement de Riazan » et continua à répéter avec la même stéréotypie pendant plusieurs heures : « Polikarpoff du gouvernement de Riazan, de la ville de Riagsk, qu'y a-t-il camarades ? » à toutes les différentes questions qu'on lui posa ensuite. Quand après une certaine pause on lui demanda s'il avait « mal à la tête », il répéta d'une façon écholalique : « mal à la tête », en répondant ultérieurement à toutes les questions par un : « mal à la tête ». Le lendemain son état s'améliora, le malade donna quelques renseignements concernant son anamnèse, sans reconnaître toutefois ceux de son entourage avec qui il avait causé pendant toute la journée de la veille. Il prétendait les voir pour la première fois.

Cet état d'étourdissement très prononcé, quand l'excitation du dehors ne parvient jusqu'à la conscience qu'après de multiples répétitions, quand les impressions extérieures sont perçues confusément et d'une façon très limitée et quand, finalement, en atteignant la conscience, elles s'y fixent pour longtemps, sans presque éveiller aucune activité chez le malade, nous l'avons observé assez souvent chez les malades après une vive excitation aiguë évoluant sur un fond soit d'états voisins des états comateux, soit consécutivement aux états comateux graves. Ce degré profond d'étourdissement aurait pu être désigné encore (conventionnellement) du nom d'état *subcomateux*.

2. L'étourdissement (Benommenheit), au sens plus strict du mot, est un état qui se rencontre beaucoup plus fréquemment que l'étourdissement à un degré profond. Dans ces états, le contact avec le malade est déjà possible, mais le cours des processus d'association est encore très ralenti et le seuil d'excitation très élevé. Dans ces états, on observe assez souvent une sorte de désappointement, une certaine anxiété et, dans certains

cas, une amnésie consécutive concernant les impressions se rattachant à cette période.

3. Les degrés légers d'étourdissement situés à la limite de la conscience lucide.

Nous restons très souvent sans saisir ces états. Les états d'étourdissement décrits plus haut sont des états aigus d'étourdissement qui sont caractérisés par une évolution brève. Ces états étant aigus et très prononcés, ils sont généralement perçus par nous. Mais nous voudrions faire remarquer qu'il faut discerner également les états d'étourdissement chroniques qui sont parfois très prolongés. Nous laissons souvent ces états sans les discerner, ce qui conduit parfois à des erreurs grossières. Nous envisageons, par exemple, que les états d'apathie très marqués, d'inactivité, de manque d'initiative que nous observons assez souvent sitôt après le traumatisme du crâne et qui persistent parfois très longtemps, sont en réalité conditionnés par l'état d'étourdissement. Ces malades portent l'empreinte d'un certain abandon, on les sent très limités dans leurs possibilités. Ce ne sont pas des êtres stupides au point de vue émotif, au sens strict du mot, mais des sujets se séquestrant, pour ainsi dire, du monde extérieur. Leur horizon est très borné, les associations sont extrêmement pauvres, leur attention a peine à se concentrer ; ils sont très fatigables et facilement épuisés. Nous ne pouvons affirmer que l'apathie et l'inactivité que nous observons durant de longues années dans certains états post-traumatiques doivent être mis exclusivement au compte de l'étourdissement ; mais les éléments de l'étourdissement y sont certainement présents. Nous estimons aussi que les modifications de la personnalité que nous avons décrites comme des altérations caractérologiques dans l'intoxication chronique par le plomb (1) et que l'on observe également dans d'autres intoxications chroniques (aniline, oxyde de carbone et autres) et qui sont caractérisées par de l'apathie, une grande inactivité en l'absence de plaintes quelles qu'elles soient et de symptômes apparents de démence, tout en caractérisant par elles-mêmes une altération soi-disant organique de la personnalité, sont en réalité conditionnées par un état d'étourdissement de conscience sous une forme peu apparente.

Ce n'est justement qu'avec une conception de ce genre que nous arriverons à comprendre pourquoi ces états disparaissent

(1) *Zeitschr. für die gesam. Neurol. und Psych.*, Bd. 131.

assez souvent, ou s'atténuent notablement chez ceux qui ont cessé d'être soumis à l'influence des substances toxiques.

« La démence » (ou plutôt l'état d'allure démentielle) qui se développe souvent avec une rapidité extraordinaire consécutivement à l'état psychosique aigu, dont le caractère diffus et grossier, nous déconcerte et qui se prolonge parfois très longtemps dans les cas post-infectieux doit, par le fait, être rapportée essentiellement aux manifestations d'étourdissement.

Ce n'est qu'alors que nous arriverons à comprendre les changements qui s'opèrent dans l'état du malade, quand celui-ci, d'embarrassé qu'il était dans l'accomplissement des actes les plus simples, de mou, d'apathique, exprimant sa pensée à l'aide d'un vocabulaire des plus restreints, devient tout d'un coup vif, loquace, comprenant et racontant ce qu'il a lu, etc.

Beaucoup de nos malades, après avoir passé par une psychose exogène (toxique) aiguë, continuaient à donner l'impression de déments avérés pendant plusieurs mois. Ils étaient apathiques, sans initiative, manquant de spontanéité dans la parole, n'exécutaient pas les ordres les plus simples, ne comprenaient pas ce qu'ils lisaient, ne trouvaient pas les mots nécessaires dans la conversation, « je sais ce que je veux dire, mais je ne peux pas trouver les mots nécessaires en causant », dit le malade K..., « il manque quelque chose, je n'ai plus la même vivacité », « je n'ai plus le même développement intellectuel », disent les autres malades.

Les malades d'un niveau intellectuel satisfaisant étaient incapables de s'orienter dans les questions sociales et politiques fondamentales. Et tout d'un coup on notait, dans l'état de ces malades une amélioration sensible : on voyait apparaître de l'intérêt pour la lecture, ils en renaient le sujet, leur aspect changeait sensiblement. Ils devenaient vifs, sociables, d'un commerce facile, exécutant comparativement bien les ordres. Les médecins s'étonnaient du brusque changement qui s'opérait en eux. Nous avons affaire dans ces cas-là, non à une démence véritable, mais apparente, conditionnée par ce fait, que le malade ne pouvait disposer du matériel, de la réserve de savoir et des connaissances qu'il possédait en puissance. Dans la période de « démence apparente », les malades se trouvaient dans un état d'étourdissement (lié à une certaine anoxémie) qui amenait une inhibition des processus d'association.

C'est justement parce que cette « démence » n'en est essentiellement pas une, qu'on peut s'expliquer pourquoi ces états donnent parfois une régression complète. Nous pouvons égale-

ment supposer que le complexe symptomatique amnésique de Korsakoff est conditionné, jusqu'à un certain point et dans certains cas, par l'état d'étourdissement. Il faut noter avant tout que le complexe symptomatique amnésique se rencontre le plus souvent dans les influences exogènes qui conduisent particulièrement souvent aux états d'étourdissement comateux très marqués tels que : l'urémie, la suffocation, le traumatisme. Il est également intéressant de noter que, pendant et après les états d'étourdissement, on remarque tout particulièrement souvent différentes variétés de troubles de la mémoire. Il est possible que c'est par le fait même que le syndrome de Korsakoff se trouve dans une certaine mesure, conditionné par l'état d'étourdissement de la conscience que s'explique également sa régression qui, dans certains cas, survient après une évolution assez prolongée, autrement dit, qu'il s'agit peut-être bien d'altérations non pas anatomiques, mais fonctionnelles (au sens physiologique). On a observé des cas de régression du complexe symptomatique de Korsakoff après intoxication par l'oxyde de carbone, la typhoïde, etc. Bonhoeffer considère que le syndrome de Korsakoff donne une guérison ne laissant que des symptômes lacunaires isolés.

Nous estimons que Grunthal n'est pas si loin de la vérité quand il dit « que les malades (dans la psychose de Korsakoff) conservent les connaissances et les représentations, mais celles-ci n'existent que potentiellement. » Nous n'avons pas l'intention d'examiner ici ni la nature, ni la structure du complexe symptomatique de Korsakoff et n'estimons pas qu'il puisse être totalement rapporté au compte de l'état d'étourdissement. Nous ne voulons insister que sur ce fait, que nous sommes ici également, dans une certaine mesure, en présence d'un état d'étourdissement chronique (véritable et non apparent) (1).

De tout ce qui vient d'être dit, il résulte que les états d'étourdissement de conscience ne revêtent pas uniquement le caractère aigu, mais qu'ils peuvent également être chroniques.

Avant de passer à la description du second groupe de troubles de conscience que l'on observe dans les psychoses exogènes, notamment au groupe qui, à l'encontre du premier, est caractérisé par la richesse de la production mentale, nous jugeons

(1) Souvent (comme l'indique Bonhoeffer), le syndrome de Korsakoff se développe sur un état délirant. Il semble qu'à l'état amnésique de Korsakoff viennent aboutir ceux des états délirants qui évoluent sous le signe d'un étourdissement plus profond que les autres, ou qui ont pour conséquence un état d'étourdissement notable.

nécessaire de nous arrêter encore à une variété de troubles de conscience qui semble se trouver à la limite des deux groupes offrant le spectacle bizarre de l'union des éléments du premier et du second groupe.

J'ai en vue ce genre de trouble de conscience qui est caractérisé par ce fait que, sur un fond d'un profond étourdissement voisin de l'état comateux, on voit se développer une agitation motrice très marquée qui se distingue par son caractère chaotique, dysharmonique, discordant et est assez souvent accompagné d'épisodes hallucinatoires-paranoïdes. Cet état est caractérisé par sa courte durée (2, 3, 4 heures) et se termine le plus souvent par une guérison complète. Dans les cas où il traîne en longueur, il aboutit soit à l'issue mortelle, soit à un état psychotique prolongé avec un syndrome délirant confusionnel et paranoïde-hallucinoïde. Cette variété de trouble de conscience étant très peu décrite en littérature, nous nous permettons de l'illustrer par quelques brèves histoires de maladies.

Premier cas. — K..., 28 ans, amené à l'Institut d'Obouch en ambulance par suite d'une intoxication par le gaz d'éclairage.

Le malade en travaillant à la réparation des conduites de gaz sous terre a aspiré du gaz d'éclairage qui se dégageait dans la fosse ; il perdit connaissance en plein travail et fut dégagé par un autre ouvrier. A l'entrée il se trouvait dans un état d'étourdissement très prononcé, presque dans un état comateux. Bientôt après apparut une agitation motrice augmentant très vite d'intensité. Cette agitation présentait un caractère chaotique. Il gesticulait des mains et des pieds, tordait le torse, s'agitait très fort dans son lit, essayait de se lever, retenu avec peine par plusieurs personnes. Au bout d'une demi-heure cette agitation augmenta encore et prit un caractère agressif. Le malade essaya de frapper des mains et des pieds ceux qui l'entouraient et de les mordre, se mit à déchirer ses draps, les blouses d'hôpital, les matelas, en poussant des sons inarticulés. Une telle agitation était suivie de courtes accalmies, quand le malade restait tranquillement étendu pendant quelques minutes en répétant d'une façon stéréotypée : « maman, amai, ama », après quoi une violente agitation le reprenait de nouveau et il se mettait à crier de temps en temps : « sauvez-moi, pardonnez-moi, je me meurs ». La conscience était tout le temps très obnubilée. Le malade ne réagissait aux piqûres qu'après de longues irritations répétées, ne répondait pas aux questions. On arrivait cependant à obtenir quelquefois des réponses à certaines questions. Ainsi, questionné sur son âge, il répondit 40 et ensuite 50 (en réalité 28), sur son nom il dit : « Ivan Pétroff » (en réalité Athanase Efimoff). Cet état dura 2 h. 1/2 après quoi le malade s'endormit. A 6 heures du soir, c'est-à-dire 4 heures après son entrée

à l'Institut, le malade était tout à fait calme. On nota une certaine mollesse, de l'inhibition, un épuisement rapide, un certain abattement. Il ne savait ni quand, ni comment il était entré à l'Institut, ni ce qui s'était passé, il ne pouvait donner son adresse. On notait des phénomènes d'amnésie rétrograde, le malade n'arrivait pas à se rappeler l'époque qui avait immédiatement précédé son entrée au travail. On notait également un certain désarroi, du larmoiement.

Le lendemain l'état s'améliora sensiblement. Le malade se montra plus vif, dispos, d'un abord plus facile, accessible. Ne se souvient absolument de rien, depuis le moment où il a perdu connaissance, ne sait pas qu'il a été violemment agité. Se rappelle à présent tout ce qui a précédé sa syncope. On note encore une prompte fatigabilité et une grande instabilité de l'attention.

Le développement du malade s'est effectué normalement, sans crises, sans crampes, sans cris la nuit, ni énurésie dans son passé. Il s'est montré sociable, vif et gai. N'a jamais été traité pour maladies nerveuses.

Deuxième cas. — K..., Tartare, 32 ans, amené avec le malade précédent dans la même voiture d'ambulance (a travaillé à la réparation des conduits, avec le malade décrit précédemment, fut intoxiqué par le gaz d'éclairage au même endroit et presque en même temps). A l'entrée il est dans un état d'étourdissement très marqué et on voit bientôt surgir une agitation motrice de caractère chaotique; le malade gesticulait vivement des mains et des pieds, criait très fort, poussait des sons inarticulés, se tordait, retenu par plusieurs personnes. L'agitation dura 2 heures, après quoi le malade resta au lit, sans mouvements, sans presque réagir à l'entourage. Au bout d'un certain temps, il commença à donner une réponse aux questions qu'on lui posait, se tournant du côté de son interlocuteur, mais toutefois sans répondre. Montrait par gestes de toutes manières qu'il ne pouvait pas parler et qu'il ne comprenait rien. Quand à ce moment l'infirmier qui était entré dans la salle s'adressa à lui en tartare, le malade s'anima, répondit à ses questions et lui dit qu'il ne comprenait rien aux paroles qu'on lui avait adressées précédemment. Les renseignements recueillis sur son compte à l'usine montrèrent que le malade était depuis longtemps à Moscou et connaissait parfaitement bien la langue russe. Le malade avait oublié le russe. A 6 heures de la même journée, le patient se mit tout à coup à parler russe et à répondre exactement à toutes les questions.

La langue russe lui revint tout d'un coup, d'une façon inattendue. Pendant toute la soirée, on observa un état d'inhibition, il comprenait avec peine et arrivait difficilement à fixer son attention, montrant une grande fatigabilité. Il ne pouvait pas se rappeler où il avait travaillé en dernier lieu, ne pouvait pas dire ce qui lui était arrivé, ni quand c'était arrivé.

La perte de mémoire en ce qui concerne la langue russe caractérise, dans le cas donné, l'état d'étourdissement consécutif, chez le malade, à l'état aigu. Ce qui pour le malade avait acquis un caractère d'automatisme (la langue maternelle) pouvait être reproduit sans peine, mais ce qui, par contre, exigeait le moindre effort, une certaine activité (la langue russe) le malade était incapable d'en faire usage.

Troisième cas. — F..., ingénieur. Au cours d'une expérimentation à l'usine avec une grande quantité d'acide sulfhydrique, tomba en plein travail sans connaissance, fut transporté dans une voiture d'ambulance à l'hôpital de Semachko. A l'hôpital, d'après le bulletin du médecin de service (qui n'était pas psychiatre), on note un état « confusionnel » avec phénomènes de crampes d'ordre général, le corps se soulevait, les pieds et les bras déjetés (par suite d'une grande agitation, on a dû recourir à une piqûre à la morphine), cyanose générale surtout de la face et des muqueuses des lèvres. L'agitation dura 2 heures 1/2, suivie d'accalmie. A 9 heures du soir, dans la même journée, il fut transporté à l'hôpital d'Obouch. Là on put observer de nouveau la même agitation très marquée à caractère agressif. En respirant l'oxygène, le malade mordit le tuyau de caoutchouc. L'agitation dura encore une demi-heure, après quoi le malade s'endormit. Le lendemain, on observa chez le malade un trouble d'orientation dans le temps. Il ne sait pas ce qui s'est passé, ni quand cela s'est passé. Il ne se souvient que d'effrayants cauchemars. Il lui semble être persécuté, torturé, il se croit condamné à la flagellation, à la raillerie. On notait de la faiblesse, de l'inhibition, une vive fatigabilité. L'attention est très peu soutenue.

Ce cas est intéressant parce qu'il montre que, pendant l'agitation motrice qui se déroule sur le fond d'un étourdissement très marqué, les malades éprouvent néanmoins des sensations délirantes-hallucinatoires. Le malade semble avoir retenu dans sa mémoire la partie des sensations délirantes qui ont évolué pendant un étourdissement moins prononcé.

Nous pourrions citer encore une série de cas tout à fait analogues à ceux que nous venons de décrire, mais nous estimons que ceux que nous avons donnés suffisent pour caractériser ce trouble particulier de conscience.

Cet état est caractérisé essentiellement par une diminution de conscience (presque comateuse) qui sert de fond à une agitation motrice revêtant un caractère chaotique presque violent.

Il se développe presque toujours sur un état comateux (une perte totale de connaissance), se distingue par une évolution

extrêmement impétueuse et relativement courte : 2, 3, rarement 4 heures avec issue favorable. De sorte que la particularité des troubles de conscience décrits plus haut se distingue par une évolution de courte durée et se termine le plus souvent par la guérison. Dans les cas, par contre, où elle assume un caractère quelque peu trainant en longueur, ainsi que le montrent 15 de nos observations, elle aboutit soit à l'issue mortelle, soit à un état psychosique de longue durée ayant pour issue le crétinisme à type organique.

Malgré la brièveté évolutive de l'état décrit plus haut on peut réussir néanmoins à en ébaucher les différentes étapes :

1. La perte totale de connaissance — l'état comateux.
2. L'agitation motrice très prononcée évoluant brusquement et atteignant très rapidement le point culminant (est suivie habituellement de sensations hallucinatoires).
3. Etat de sommeil.
4. Différents degrés d'étourdissement (*Benommenheit*) suivis de troubles de mémoire : différentes modalités d'amnésie, par-amnésie et ordinairement trouble d'orientation dans le temps et trouble du sens du temps, trouble d'estimation des laps de temps donnés.

Cette variété de trouble de conscience n'entre pas complètement dans les notions qui existent pour désigner les troubles de conscience ; à prime abord on croirait qu'on a affaire à un état confusionnel.

Le terme de « confusion » (*amentia*) est si peu précis qu'on peut certainement l'employer très largement sans risquer de faire grande erreur. Et cependant il ne peut guère être appliqué aux cas que nous venons de citer.

Chez le malade confus les mouvements même dans l'agitation portent malgré toute leur incohérence néanmoins l'empreinte d'actes quelque peu volontaires. Dans les cas que nous donnons, par contre, l'agitation semble être volontaire et présente souvent le caractère de la violence.

Dans les états de confusion nous avons parlé de l'étourdissement comme d'une de ses composantes (non essentielles) la plupart du temps conditionné par elle et d'ordre secondaire. Dans les cas cités plus haut l'étourdissement est très prononcé et est conditionné primordialement. Dans les états décrits plus haut on peut, si on veut, voir une analogie avec un accès épileptique — perte de connaissance et agitation motrice — à la fin de l'étour-

dissement, avec cette différence essentielle que les manifestations évoluent à un niveau moins bas de diminution de conscience, à un niveau où les excitations du dehors parviennent, ne serait-ce que confusément jusqu'à la conscience et influent sur le caractère des mouvements essentiellement involontaires.

Il est intéressant de noter que les états décrits plus haut ont été particulièrement souvent observés par nous dans de graves intoxications menant à une rapide anoxémie (le gaz d'éclairage où l'oxyde de carbone forme une union solide avec l'hémoglobine — carboxyhémoglobine, qui est incapable de remplir les fonctions oxydantes que remplit l'oxyhémoglobine ; l'acide sulfhydrique dont l'action générale revient au trouble des processus d'oxydation dans les tissus et où la nature de l'empoisonnement revient à la suffocation interne ; l'aniline qui a pour effet de changer l'oxyhémoglobine en méthémoglobine c'est-à-dire en une union qui est incapable de remplir les fonctions oxydantes par conséquent dans les cas qui habituellement aboutissent à une diminution très marquée des fonctions cérébrales. Et cependant à côté d'une diminution de la fonction cérébrale, nous sommes ici également en présence d'une augmentation de la fonction cérébrale, d'une agitation motrice prononcée et apparemment de quelques sensations délirantes-hallucinatoires, dont nous parle le malade F.

Ainsi l'action toxique sur le cerveau dans les cas précités a pour effet d'une part un affaiblissement notable de sa fonction et de l'autre son apparente augmentation.

Les états analogues à ceux que nous avons observés, sans cependant être identiques ont été décrits par Kleist sous le nom « d'excitation hyperkinétique » (*Hyperkinetische Erregung*). Les cas qu'il mentionne diffèrent des nôtres par le caractère plus arbitraire de leurs mouvements qui étaient plus coordonnés, étaient accompagnés de manifestations hallucinatoires et duraient beaucoup plus longtemps que les cas décrits par nous, autrement dit ils rappelaient plutôt l'état confusionnel.

Et cependant Kleist a souligné la singularité de ces cas et a insisté sur la nécessité d'en faire un groupe à part. Il est difficile de trouver un terme propre à ces troubles de conscience particuliers, où les fonctions-moins (—) s'unissent aux fonctions-plus (+), ou un profond étourdissement, un état presque comateux s'unit à de l'agitation, c'est un genre d'*agitation comateuse* ou de *délire comateux*. (On est forcé d'avoir recours à une dénomination aussi paradoxale). Les états qu'on vient de décrire sont très spécifiques des processus toxiques et particulièrement de

ceux qui sont accompagnés d'une rapide anoxémie. Nous trouvons une certaine analogie entre ces états et le délire infectieux, notamment dans ce que Kraepelin décrit sous le nom de « Kollapsdelire », et qui se présente comme « un état d'étourdissement à évolution extrêmement impétueuse, une grande confusion avec un leurre des sens rappelant le sommeil, un tourbillon d'idées, des sautes d'humeur et une vive agitation motrice ». Ainsi qu'on peut le voir d'après cette description, il ne peut être question ici que d'un certain rapprochement, mais non d'une identité avec les états que nous avons décrits plus haut.

II. Le groupe suivant des troubles de conscience que l'on rencontre dans les psychoses exogènes, c'est le groupe des *états de conscience délirants*.

A l'encontre du premier groupe, du groupe des états d'étourdissement, ce groupe, ainsi que nous l'avons déjà dit, est caractérisé par la richesse de la production psychique, par la vivacité du mouvement, du « flux » de la vie intérieure, par la « dissipation des sensations » (Zalmanson), la richesse des souvenirs et des sensations (Jaspers), par le courant scénique, kaléidoscopique des impressions et des sensations.

Si, dans le premier groupe, on peut présumer la prépondérance des processus d'inhibition, dans le second groupe, par contre, on voit prédominer les processus d'excitation. Nous avons affaire ici, d'après Guilarovsky, à une excitation psychosensorielle.

La modalité du trouble de conscience, qui est la plus fréquente dans les psychoses exogènes, c'est l'état délirant au sens strict du mot. Nous avons en vue ces états pathologiques qui sont caractérisés principalement par le trouble de conscience touchant l'objet, l'orientation dans la personnalité, et en partie dans le milieu ambiant restant indemne, par une grande quantité de sensations vives et fantastiques, par l'excès d'images hallucinatoires qui passent rapidement comme dans un kaléidoscope et revêtent un caractère scénique. On voit souvent dans ces états apparaître chez les malades des manifestations délirantes très marquées et il arrive fréquemment cependant que ces manifestations délirantes du malade conditionnent le contenu des sensations fantastiques-hallucinatoires. Une particularité fréquente pour les états décrits plus haut est que le malade, une fois l'état pathologique passé, se souvient parfaitement de tout ce qu'il a ressenti alors et le raconte volontiers.

Les formes des états délirants dans les troubles mentaux exogènes sont très variées et sont décrites en détails par les auteurs français. La clinique des troubles mentaux exogènes ne faisant pas partie du problème de la présente communication, nous n'entrerons par conséquent pas dans les détails. Nous nous contenterons d'indiquer que presque chaque état de conscience délirant évolue avec un complexe symptomatique hallucinatoire-paranoïde. A noter qu'on voit, dans certaines formes, prédominer le syndrome hallucinatoire et, dans d'autres, le paranoïde. L'état délirant du syndrome (principalement) hallucinatoire se distingue par l'excès de vives images et de sensations surtout visuelles hallucinatoires et d'illusions qui, habituellement, ne présentent pas de caractère effrayant. Les manifestations délirantes dans ces cas-là reculent au dernier plan ou font complètement défaut. Comme illustration, nous donnerons le sommaire de l'état psychique du malade suivant, chez qui l'état délirant a été consécutif à une intoxication par l'hydrogène arsénieux :

L..., 15 ans, le malade parle sans discontinuer, parfois d'une façon assez cohérente, d'autres fois incohérente. Il a des hallucinations. Il voit de petits garçons qui viennent à lui, font des parties de traineaux avec lui, il prend une part active dans tous leurs jeux, leur cause et les questionne. Le malade dit en désignant le coin de la salle : « Regarde, vois-tu les paysans qui transportent le fumier ? », « vois, combien il y a de soldats ». Sur son lit, il croit voir une « statue », un « épouvantail ». Il la questionne, mais elle ne répond pas. Il voit une grande quantité d'insectes, de moustiques, les attrape et les tue en disant : « Regarde quel moustique, tiens, tu as un pou sur le nez », ce disant il l'attrape et l'écrase. « Vois cette fumée, cette vapeur qui se dégage du mur ». Par ailleurs, le malade donne des réponses exactes aux questions et nomme exactement les objets qu'on lui présente. Il sait qu'il est entouré de Sœurs médicales, mais il ne comprend pas pourquoi elles sont ici. Donne des renseignements exacts sur son propre compte, son âge, son nom, son adresse, dit les jours de la semaine, et les mois, les citant dans l'ordre, fait des opérations arithmétiques peu compliquées. Ne se rend pas compte de son état. Ne discerne pas ses sensations hallucinatoires des sensations réelles.

Quelques jours après le malade, sorti de cet état, donnait volontiers force détails sur ce qu'il avait ressenti alors : il s'était cru couché au milieu de la cour, où il voyait beaucoup de ses camarades avec lesquels il jouait et causait. Il avait cru voir aussi des « petits robinets », où coulait de l'eau, c'est pourquoi il demandait à boire. Il s'était vu à la campagne : tantôt à cheval, reconnaissant les paysans, tantôt tout d'un coup parcourant tout Moscou en tramway, se retrouvant sur différentes places publiques, tantôt brusquement encore à

la maison mangeant des confitures, il voyait une masse de pots pleins de confitures, tantôt il apercevait inopinément une grande quantité de soldats, distinguait très bien leurs visages, leurs uniformes, les entendait tirer sans cependant en être effrayé, etc.

Cette description caractérise vivement la forme hallucinatoire de l'état délirant : une grande variété d'images se déroulant comme dans un kaléidoscope et la vivacité de ces images qui s'emparent totalement du malade, la participation active du malade lui-même dans les événements qui se déroulent et l'absence complète de toute frayeur. L'orientation dans sa personnalité et, en partie, dans le milieu ambiant, est conservée indemne.

Dans l'état délirant, où prédomine le complexe symptomatique paranoïde, le rôle dirigeant appartient, par contre, au délire du malade. Les sensations fantastiques et hallucinatoires sont ici strictement systématisées et reliées entre elles, elles se trouvent unies par le délire qui les remplit d'un contenu et d'une teinte affective bien déterminée.

Tout en ayant (à l'étape donnée) des perceptions exactes du milieu ambiant, le malade l'introduit sur-le-champ dans ses sensations fantastiques effroyables, les interprétant du point de vue de ses conceptions délirantes. Il est possible de parler d'une désorientation délirante en ayant en vue que la désorientation est ici essentiellement conditionnée par le délire. Le malade se trouve dans un état de frayeur, d'épouvante, dans l'attente d'une catastrophe imminente. Il est dans une tension extrême, sous l'influence de forces invisibles et incompréhensibles pour lui, dans un cercle vicieux, un labyrinthe inextricable, d'où il ne peut sortir.

Souvent, les sensations au caractère décrit plus haut revêtent un aspect mystique-religieux. Bien que le syndrome hallucinatoire soit, dans ces cas-là, fort prononcé, les manifestations délirantes jouent néanmoins le rôle dirigeant et fondamental. Nous sommes en présence et du délire de persécution, et du délire d'action extérieure, et du délire d'influence, et du délire d'interprétation. Il serait plus juste de nommer cette forme de variété paranoïde-hallucinatoire en soulignant de la sorte la prédominance des manifestations paranoïdes. Entre ces deux formes fondamentales extrêmes, il y a une série de modalités intermédiaires où se trouvent plus ou moins manifesté tantôt le type hallucinatoire, tantôt le type paranoïde.

Nous n'avons indiqué que le groupement le plus grossier des états délirants, attendu que la présente communication n'a pas pour objet, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ni de donner la clinique, ni la structure des troubles de conscience.

Et cependant, il faut souligner que, dans les limites des groupes que nous avons adoptés, on peut encore distinguer différentes formes et sous-variétés dont la délimitation et la différenciation auraient pu fournir d'utiles suggestions sous le rapport du diagnostic ainsi que dans le sens de l'appréciation de la nature et du stade du processus, et finalement dans le sens de l'étude des particularités constitutionnelles de la personnalité. Et en même temps, nous envisageons que la délimitation des formes oniroïdes des troubles de conscience faite par Mayer-Gross n'est pas justifiée par l'existence de bases suffisamment précises, attendu que ces formes sont totalement comprises dans l'état délirant à syndrome hallucinatoire-paranoïde.

En vérité, les particularités que Mayer-Gross souligne comme spécifiques pour l'état oniroïde ne sont, en réalité, que les signes fondamentaux de tout état délirant. Ce caractère morphéique, la mise en scène et la mystique religieuse, s'observent presque dans tous les états délirants. Il faut dire que Mayer-Gross lui-même n'attribue pas une très grande indépendance à cette forme. « Si on considère l'amentia », dit-il, « dans le sens que lui accorde Kræpelin (la conception de l'amentia de Kræpelin est comprise dans la conception de délire), alors l'état oniroïde doit être rapporté à l'amentia, vu qu'il en représente un type spécial. » Il en est de même pour le délire onirique de Régis, Lhermitte et d'autres auteurs français. Il n'est pas nécessaire d'en faire un groupe à part, puisque tout état délirant présente, à un stade déterminé, un caractère morphéique et se trouve, pour la plupart du temps, lié dans une certaine mesure d'après beaucoup d'auteurs (Redlich, Ewald ainsi que beaucoup d'auteurs français) aux altérations du péduncule cérébral.

Les troubles de conscience décrits plus haut caractérisent essentiellement par eux-mêmes le chaînon intermédiaire de l'état délirant confusionnel, autrement dit, justement l'état qui, au sens strict du mot, est désigné comme délirant.

Si, à partir de ce chaînon médian très manifeste, nous remontons plus haut vers le début, à ses premières manifestations, alors nous verrons qu'ordinairement ce chaînon intermédiaire se développe sur un trouble du sommeil et des hallucinations hypnagogiques. Nous avons réussi à suivre le développement progressif de l'état délirant sur un groupe de malades. Nous

avons observé plusieurs de ces malades, dès le commencement de leur atteinte par une substance toxique. Ces cas-là débutaient d'ordinaire par des rêves agités et des hallucinations hypnagogiques séparées.

Les troubles du sommeil se développaient rapidement. Beaucoup de malades craignaient de s'endormir redoutant une réaction douloureuse de tout ce qu'ils éprouvaient pendant le sommeil. Les rêves revêtaient un caractère massif et fantastique, les malades prenant une part active aux événements qui se produisaient. Le réveil ne mettait pas toujours un terme à ces sensations angoissées et fantastiques et souvent le malade n'arrivait pas pendant plusieurs heures à se débarrasser de l'idée de persécution. Il lui suffisait de fermer les yeux pour voir se dérouler comme dans un kaléidoscope des visions effrayantes et surgir des événements comme dans un rêve. Tantôt il se voit errant à travers un labyrinthe inextricable « enchanté », traqué par des « bêtes antédiluviennes effrayantes » ou des « êtres humains à plusieurs têtes », tantôt « il est en enfer, chassé par les démons », des animaux rappelant des « démons », tantôt il est « sur le champ de bataille », tantôt « assailli par des bandits », tantôt il éprouve un tremblement de terre et la fin du monde, etc...

Ce qui au début n'était que rêve passait ensuite à l'état hypnagogique et apparaissait plus tard également à l'état de veille, on voyait se développer un état délirant typique. Ainsi les rêves agités et les hallucinations hypnagogiques constituent essentiellement le début ou une étape déterminée de l'état délirant. Si les manifestations continuent encore à augmenter, alors on voit croître graduellement l'agitation motrice qui tout d'abord présente le caractère de l'effarement et est accompagnée d'un grand désarroi, après quoi il revêt une teinte d'agressivité et de défense : le malade se lève brusquement, s'enfuit, se défend contre les assistants, cherche à éviter tous les obstacles pour partir, fuir toutes ces horreurs. Ensuite on voit surgir l'état qui est caractérisé par ce qu'on nomme confusion, quand le malade se trouvant à l'état de terreur passe à l'état d'agitation absurde qui se distingue par son chaos et sa stéréotypie. Il frappe le lit des pieds et des mains d'une manière stéréotypée proférant comme dans un récitatif des phrases incohérentes, des mots séparés, etc...

La régression s'effectue de telle sorte que l'état de confusion se calme peu à peu et traversant l'état délirant atténué passe de nouveau dans les sensations hypnagogiques. Et cependant, si dans les états prédélirants, les rêves et les sensations hypnagogiques contiennent les manifestations initiales de l'état délirant

confusionnel à venir, en présentant dans une certaine mesure cet état, dans les états post-délirants, par contre, les rêves et les sensations hypnagogiques contiennent les reliquats du développement antérieur de la réaction et s'écoulent beaucoup plus ternes, sans teinte affective notable

Ainsi nos observations montrent que les sensations hypnagogiques (qui à un certain degré de manifestation revêtent le caractère de délire hypnagogique), l'état délirant et l'état confusionnel sont étroitement liés entre eux, se transforment l'un dans l'autre et caractérisent par eux-mêmes différents stades d'un seul et même processus qui, en augmentant d'intensité, donne diverses manifestations cliniques, qui se distinguent non seulement du point de vue quantitatif, mais également du point de vue de la qualité.

C'est pourquoi on peut distinguer dans l'état délirant confusionnel les stades suivants :

1. *Le délire hypnagogique*, c'est-à-dire l'étape de l'état délirant où pour le malade à côté du monde réel commence à exister le monde fantastique, mais où les sensations fantastiques sont encore si peu stables qu'elles sont facilement refoulées au dernier plan par les impressions réelles.

2. *Les états délirants proprement dits*. C'est l'étape de l'état délirant quand le monde fantastique existe simultanément avec le monde réel et prend le dessus sur les impressions réelles, les refoulant au dernier plan, mais les laissant néanmoins accessibles dans telle ou telle mesure à la conscience du patient. Dans ces cas-là c'est la conscience de l'objet qui souffre, la conscience du « moi » étant indemne.

3. *Etat confusionnel* ou plus justement *délirant confusionnel*, quand tout l'entourage réel fait totalement partie des sensations fantastiques hallucinatoires-délirantes.

Ainsi l'état confusionnel ou « amentif » se développe souvent sur l'état délirant. Les tableaux de ce qu'on nomme état « confusionnel », « amentif », sont très variés. Nous n'indiquerons que deux de ses modalités fondamentales auxquelles peuvent être rattachées les différentes autres formes, comme des variétés de ces deux modalités fondamentales.

1. L'état « confusionnel » qui évolue avec une grande quantité d'images hallucinatoires et un courant très rapide d'associations. Les images et les impressions surgissent avec une telle rapidité qu'elles se superposent les unes sur les autres, le malade n'arrive pas à les assimiler intérieurement, il semble glisser sur leur

surface et passe vivement d'une impression à l'autre. Il s'ensuit que le cours des associations se trouve très troublé, la pensée à peine ébauchée se brise et est remplacée par une autre. L'association devient disparate, la pensée s'en trouve très troublée, les actions et les actes manquent de forme, le malade est tout à fait sous l'empire de ses impressions. On observe de l'agitation, du désarroi, de l'inquiétude, une désorientation complète de la « confusion ». Dans ces cas-là la « confusion » n'est que, pour ainsi dire, le résultat d'un excès de production ou d'un énorme flux d'images et d'impressions, c'est le *degré extrême de l'état délirant*.

2. L'état « confusionnel » se développant sur l'état délirant peut surgir non seulement par suite de la richesse des images et de la rapidité du cours des associations, mais même au cas, où la régularité et la richesse des processus associatifs, logiquement liés et systématisés, se trouvent rompues par des lacunes qui y apparaissent de temps à autre — par une interruption, la grande production est remplacée parfois par un barrage, de la retenue, la pauvreté des associations. On voit apparaître une tendance à la fixation d'images séparées et se développer la persévération, la stéréotypie, les attitudes catatoniques, un comportement inepte et monotone ; les malades répètent longtemps les mêmes mots, parlent par phrases inachevées, frappent d'une manière stéréotypée des pieds leur lit, le mur, ne répondent pas directement à la question.

Ici la confusion est conditionnée par ce fait qu'à l'état délirant, vient s'ajouter peu à peu un état croissant d'étourdissement qui rompt ce que l'état présente de « délirant », si l'on peut s'exprimer ainsi. L'augmentation de l'état d'étourdissement (qui à un faible degré se trouve presque toujours dans un état délirant) est un signe d'aggravation de cet état. La première forme (à grande production) est ordinairement de courte durée et donne le plus souvent une issue plus ou moins favorable.

La seconde forme (où un étourdissement grandissant vient s'ajouter au délire) est plus longue (nous avons eu l'occasion d'observer une série de cas de cette forme où l'état confusionnel accompagné de stéréotypie, de comportement inepte, de désorientation complète s'est prolongé plusieurs mois — jusqu'à 6 mois) se montre du point de vue du pronostic de beaucoup moins favorable et laisse après soi un déficit plus ou moins apparent (1).

(1) Nous ne donnons pas ici d'observations mais nous comptons le faire dans un prochain travail au chapitre de la clinique.

La première forme se développe le plus souvent sur le délire du syndrome hallucinatoire ; la seconde forme se développe sur la forme du délire paranoïde-hallucinatoire.

Les deux types d'états confusionnels décrits plus haut indiquent qu'il n'y a pas d'état confusionnel proprement dit comme syndrome indépendant, comme variété indépendante de conscience troublée. L'état « amentif » c'est le degré extrême de l'état délirant ou bien c'est l'état délirant avec l'état d'étourdissement en plus, c'est-à-dire le résultat de l'union de deux formes indépendantes de troubles de conscience quand elles atteignent un degré déterminé d'expression. L'état d'étourdissement dans ce (dernier) cas est cette défectuosité (Kerbikoff) qui rompt le délire, le transforme en confusion. Sous ce rapport, O. W. Kerbikoff a raison de considérer l'amentia (« nucléaire ») comme un délire sur un terrain déficitaire. L'état « amentif » n'est pas nécessairement précédé de l'état délirant au sens strict du mot. Les états « amentifs » non précédés de l'état délirant se développent habituellement dans les psychoses endogènes ou dans les cas de psychoses exogènes consécutives à un état comateux prolongé où l'étourdissement est très marqué.

Le groupe suivant de troubles de conscience comprend les *états de conscience crépusculaires*, c'est-à-dire les états que Jaspers, Mayer-Gross et autres rapportent à la conscience *altérée* (verändertes Bewusstsein). Nous avons en vue les états de conscience que Jaspers qualifie de conscience altérée sans obscurcissement de conscience, sans étourdissement, ni incohérence. La conduite dans cet état est relativement logique, de sorte que les malades peuvent accomplir des actes réguliers longs et compliqués (Jaspers).

Il nous est rarement arrivé d'observer dans les psychoses exogènes l'état d'obnubilation de conscience sous une forme très marquée et pure. Habituellement chez les individus chez lesquels on l'a observé on a pu noter telle ou telle prédisposition à l'épilepsie, tels ou tels traits épileptoïdes spécifiques du caractère, du somnambulisme, une énurésie à un âge avancé, des crises infantiles ou une hérédité épileptique. On est par conséquent forcé d'admettre que l'état crépusculaire, même au cas où il se rencontre dans les troubles mentaux exogènes, semble néanmoins être essentiellement conditionné surtout par les facteurs endogènes et n'est que mis en évidence par les facteurs exogènes.

Nous manquons de données en quantité suffisante pour ne pas admettre la possibilité de l'apparition d'états crépusculaires uni-

quement sous l'influence de causes exogènes, la prédisposition spéciale (épileptique) faisant défaut. Les observations montrent néanmoins que le véritable état crépusculaire (il faut distinguer l'état crépusculaire véritable qui s'observe habituellement chez les épileptiques, de l'état apparent hystérique et psychogène) est plutôt conditionné par les facteurs endogènes qu'exogènes.

Nous avons abordé les questions des troubles de conscience à propos du premier critère d'« exogénéité » de la réaction, de la « communauté », de « l'uniformité » de la réaction dans les influences exogènes. Comme second facteur pouvant servir de critère pour la qualification de la réaction en tant qu'exogène, on peut citer la spécificité déterminée de la réaction donnée en tant que réaction exclusivement exogène. Nous avons en vue les réactions et les complexes symptomatiques qui n'évoluent que sous l'influence du facteur exogène et ne se rencontrent jamais ou presque jamais dans les affections endogènes.

Comme complexe symptomatique de ce genre on peut citer le syndrome amnésique du type de Korsakoff.

Dans sa discussion avec Specht, Bonhoeffer a montré (Monat. Psych., Bd 58) que Specht avait perdu de vue une forme aussi spécifique pour le type exogène de réaction que le syndrome amnésique. Bonhoeffer fait observer qu'il n'existe pas d'affection endogène (ni la psychose maniaco-dépressive, ni la schizophrénie dans aucune de ses phases) qui aboutisse au syndrome amnésique.

Aussi Bonhoeffer considère le complexe symptomatique amnésique comme le plus spécifique de la réaction à type exogène.

En nous basant sur ce qui vient d'être dit, nous pouvons esquisser les états, les réactions et les complexes symptomatiques qui doivent être rapportés principalement au compte d'une nature exogène, autrement dit, d'après Bonhoeffer, aux types purs des réactions exogènes :

1. Différentes variétés de l'état d'étourdissement depuis les degrés les plus légers, jusqu'à l'état comateux — la perte totale de connaissance.
2. Les états délirants — à commencer par le délire hypnagogique — jusqu'à l'état confusionnel.
3. L'agitation comateuse (le délire).
4. Le syndrome amnésique.

On doit considérer comme le plus typique pour les états conditionnés par des facteurs exogènes : *l'agitation comateuse* (le délire comateux) et *le syndrome amnésique* que l'on ne rencontre presque jamais dans les psychoses endogènes.

L'état et la réaction conditionnés par les facteurs exogènes les plus fréquents — c'est l'état de conscience délirant.

Quant aux états d'obnubilation ils semblent être plutôt conditionnés par les facteurs endogènes et ne doivent pas être inclus dans le complexe symptomatique exogène.

En littérature nous trouvons souvent un essai de restreindre le nombre des différentes formes de ce qu'on nomme les réactions à type exogène. Il faut noter avant tout que Bonhoeffer lui-même considère aussi le délire et le syndrome amnésique comme des types purs de réactions exogènes. « Il est difficile », dit-il, « de différencier l'agitation épileptoïde à caractère d'état crépusculaire, de même que certaines formes d'états confusionnels, de l'épilepsie et de la catatonie ». Bonhoeffer admet que dans ces affections (l'épilepsie et la catatonie) nous sommes en présence d'états conditionnés par des facteurs exogènes de nature auto-toxique. Seelert indique que pour la limitation des réactions à type exogène il peut aller plus loin que nous le montre Bonhoeffer et que toutes les variétés de ces réactions peuvent être en réalité réduites à trois types : l'amnésique, le délirant et l'état de diminution, d'insuffisance (l'étourdissement) de la conscience. En réduisant le nombre des types des réactions exogènes, Seelert se base sur ce que de ces types peuvent surgir différentes combinaisons, entre autres l'état d'obnubilation. Quant à nous, nous nous basons sur une spécificité plus grande de ces réactions et supposons que l'état d'obnubilation de la conscience est plus conditionné par les facteurs endogènes qu'exogènes.

S'il faut parler de réaction au sens strict du mot la réduction devrait pour ainsi dire aller plus loin. Une question importante vient en principe se poser ici, à savoir s'il est possible de rapporter tous les complexes symptomatiques qui sont conditionnés principalement par les facteurs exogènes aux réactions, ainsi que le fait Bonhoeffer. Car si nous pouvons envisager à la rigueur les troubles de conscience comme des réactions, il n'en est pas de même du syndrome amnésique que nous ne pouvons d'aucune façon considérer comme une réaction — c'est déjà une issue de la réaction ou plus justement de l'état pathologique, c'est déjà un état déficitaire.

Les différentes modalités d'états d'étourdissement se développent fréquemment à l'issue des réactions et ne peuvent par conséquent pas être envisagées comme des réactions proprement dites. Quant aux cas où les états d'étourdissement profonds se développent consécutivement — aux influences exogènes — il nous semble que le plus souvent ils ne peuvent pas être considérés

comme des réactions. Il faut entendre par réaction la repercussion qui se produit dans le système nerveux central, indépendamment d'une lésion déterminée quelconque et même de toute conséquence immédiate et imminente d'une lésion donnée. Et cependant l'état d'étourdissement profond est le plus souvent l'effet immédiat d'une intervention grossière dans l'activité cérébrale. Ce n'est que dans les cas où il surgit sous forme de choc qu'on peut dans une certaine mesure parler de réaction. Seul l'état délirant avec sa symptomatologie riche et polymorphe doit être considéré comme une réaction proprement dite.

Cette différenciation que nous avons apportée nous paraît capitale. Le fait que l'état délirant seul peut être considéré comme une réaction du cerveau, et que dans les lésions exogènes nous l'observons particulièrement souvent, nous oblige à admettre que c'est là en général l'unique réaction possible du cerveau sain vis-à-vis d'un dommage pénétrant du dehors.

D'autres auteurs (tels que Mayer-Gross, Rosenfeld, Rosenslein, etc.) considèrent également la conscience délirante comme une réaction de défense du cerveau.

Conformément à ce qui vient d'être dit, nous n'admettons pas comme absolument certaine la thèse émise par bien des auteurs, que l'état délirant observé dans les processus endogènes est conditionné par une influence toxique plus grande que celle observée dans d'autres cas. Nous estimons que l'état délirant dans ces cas-là est un indice non seulement d'une plus grande toxicité du processus mais aussi d'une intégrité plus grande du cerveau. C'est peut-être ainsi que s'expliquent les faits cliniques qui nous montrent que la schizophrénie, évoluant avec un état délirant, a plus souvent que les autres formes une issue favorable.

Nos suppositions sont très hypothétiques et exigent des observations ultérieures et des recherches. La nécessité de différencier la réaction exogène proprement dite des états et des syndromes évoluant sous l'influence de facteurs exogènes qui n'entrent pas entièrement dans la notion de « réaction » est dictée encore par les considérations importantes suivantes. Quand on parle de réaction on suppose qu'avec l'éloignement de l'excitant qui a provoqué la réaction, celle-ci doit petit à petit s'éteindre.

Bonhoeffer signale que le type exogène de réaction est sujet à la chute critique et progressive. D'après Bonhoeffer ce n'est que dans l'état de faiblesse hypersthénique-émotif et dans le syndrome amnésique de Korsakoff que l'on observe une évolution prolongée, mais avec cependant, en règle générale, la guérison,

laissant toutefois des symptômes lacunaires isolés. Il n'envisage comme états déficitaires que les reliquats du syndrome pseudo-paralytique et l'état de faiblesse mentale chez les enfants.

Et cependant les observations montrent qu'une évolution prolongée, ralentie, avec issue assez fréquente vers un état déficitaire est propre à bien des psychoses exogènes. Les cas ne sont pas rares, où après une éclosion aiguë ces psychoses exogènes prennent un cours tellement ralenti qu'on pourrait en parler comme de psychoses exogènes à éclosion aiguë et à évolution chronique. Ces psychoses suivent une marche intermittente, présentent des rémissions, des aggravations, des récidives. Une telle évolution est toujours suspecte ; elle indique qu'à la base de l'état qui se fixe on trouve un processus endogène. Et cependant les manifestations cliniques, l'issue, les particularités de la personnalité pré-psychotique témoignaient contre un processus endogène.

Comme exemple frappant de ce fait, nous pouvons citer le malade A..., 26 ans. Il s'est toujours montré de caractère sociable, gai, plein d'entrain et tranquille. N'a jamais souffert dans le passé ni d'accès, ni de somnambulisme, ni d'autres manifestations pathologiques. En février 1934, par suite d'une intoxication à la fabrique, il eut des rêves agités, de vives hallucinations et des sensations hypnagogiques suivies d'un état délirant confusionnel aigu avec syndrome paranoïde hallucinatoire et un courant kaléidoscopique rapide d'images hallucinatoires et de sensations fantastiques. L'état aigu dura près de 4 mois, après quoi il commença à diminuer progressivement, le malade se rétablit et reprit son travail qu'il mena d'une façon satisfaisante durant une demi-année (sans abus toxiques). De contact facile et sociable, il racontait volontiers et avec force détails ses sensations de la période de l'état délirant. On ne lui entendait aucune plainte, mais on notait une vive fatigabilité, une certaine mollesse, les éléments de l'étourdissement. Sous l'influence d'une faible quantité d'alcool (il but à peine un verre en compagnie de compagnons de travail) il y eut de nouveau une aggravation dans son état, une nouvelle apparition de l'état psychotique, très analogue au premier (d'après le caractère de la symptomatologie et de son contenu), mais moins marqué. Le malade se trouve en observation chez nous jusqu'à ce jour. Ces derniers temps, à cause d'une certaine aggravation dans son état et également en vue d'une observation dynamique et d'une étude, il a été transféré à l'étage supérieur, à la section sanitaire de la Clinique psychiatrique du 1^{er} Institut de Médecine de Moscou. On note chez le malade un certain état d'étourdissement, des céphalées, une vive fatigabilité, des rêves agités et des hallucinations hypnagogiques. L'aggravation de l'état s'observe habituellement vers la soirée (avant le sommeil) et le matin au réveil. Le reste du temps il se sent relativement bien. Malgré

la durée prolongée de l'évolution (déjà presque 1 an 1/2) et malgré que dans l'état psychosique aigu on ait pu noter chez le malade des symptômes rappelant la schizophrénie, nous n'avons pas affaire ici à une crise de processus endogène. On ne peut noter chez le malade (malgré la longue durée de l'état psychosique aigu et subaigu) d'altérations schizophréniques de la personnalité. Le malade a le contact facile, est indemne au point de vue affectif, raconte volontiers et avec une vive émotion les sensations fantastiques qu'il a éprouvées (dans ses états délirants), les qualifiant de morbides. Dans la personnalité prépsychosique rien n'indique une prédisposition schizoïde ou schizophrénique ; l'évolution de l'état psychosique consécutivement à l'intoxication, le caractère « exogène » de cet état psychosique (délirant et confusionnel) et l'issue de cet état (non pas d'après le type schizophrénique) parlent contre la schizophrénie. Nous avons observé une évolution prolongée et chronique de la psychose exogène avec aggravation sous l'influence de différents facteurs défavorables également chez une série d'autres malades (1).

En littérature il y a des descriptions de cas de psychoses sur un terrain d'intoxication par l'oxyde de carbone qui ont donné de longues rémissions avec ensuite des récidives à symptomatologie typique des psychoses dues à l'intoxication oxycarbonée. Medoff décrit une forme spéciale de psychose symptomatique à évolution chronique. Nous avons observé également des cas où les états psychosiques ne se développaient pas immédiatement après l'intoxication, mais un certain temps après et présentaient un caractère spécifique pour l'intoxication donnée. Polisch et Lewin décrivent une évolution analogue des psychoses par l'oxyde de carbone.

A propos de ces cas, on parlait d'une intoxication latente, de l'existence d'un « dépôt » de substance toxique dans l'organisme, etc. Il nous semble qu'il s'agit ici de tout autre chose. Le facteur exogène en dehors de l'irritation du système nerveux central provoque souvent aussi des altérations destructives dans le système nerveux central, ainsi que dans d'autres organes, présentant le caractère de *processus*, suivi d'altérations physico-chimiques notables dans l'organisme.

Ce processus est sujet à rémissions et à exacerbations. C'est pourquoi une brusque aggravation du processus exogène n'exige pas nécessairement un nouvel apport de substances toxiques dans l'organisme. Ainsi nous devons parler, non seulement de réactions conditionnées par des facteurs exogènes, mais également de pro-

(1) Beaucoup de ces malades ont été montrés aux conférences de la Clinique psychiatrique du 1^{er} Institut de Médecine de Moscou (Dr Karagouloff).

cessus conditionnés par des facteurs exogènes à caractère toxico-organique (1) qui diffèrent des réactions par leur courant dégradant et chronique.

Les psychoses exogènes à évolution chronique lente demandent toujours à être différenciées des psychoses endogènes et avant tout de la schizophrénie, attendu que la schizophrénie ou plus exactement les symptômes d'ordre schizophrénique s'observent extrêmement souvent dans les psychoses exogènes. Nous basant sur notre matériel nous pouvons dire que le nombre de cas de psychoses exogènes aiguës où nous n'observons pas de symptômes schizophréniques très prononcés est fort restreint. Il y a également un grand nombre de cas de psychoses exogènes cités en littérature qui sont aussi accompagnés de symptômes schizophréniques. C'est ce qui a fourni à Meininger l'occasion de dire que « le délire était de la schizophrénie aiguë et la schizophrénie un délire chronique ». A l'heure actuelle on n'a plus guère besoin de démontrer que les symptômes extrêmement variés rappelant la schizophrénie que l'on observe dans les psychoses exogènes ne sont souvent pas essentiellement schizophréniques. Mayer-Gross note que dans les troubles de conscience il est très naturel de s'attendre à des symptômes rappelant la schizophrénie. « Il suffit d'indiquer », dit-il, « que dans le sommeil qui est aussi un genre de trouble de conscience, nous rencontrons du symbolisme, de la condensation, des déviations, etc., c'est-à-dire tout ce qui rappelle les symptômes de la schizophrénie et qui est pour nous tout à fait naturel. Ainsi faut-il s'attendre dans les troubles de conscience à des symptômes d'ordre schizophrénique qui n'ont néanmoins rien de commun avec la schizophrénie.

Il est beaucoup plus difficile de différencier de la schizophrénie endogène ceux des stades de la psychose exogène à évolution chronique, où l'intensité des symptômes s'est quelque peu atténuée, quand le trouble de conscience est peu manifeste, n'est souvent même pas perçu et quand les symptômes d'ordre schizophrénique quoique polymorphes, mais détachés, parviennent néanmoins à se fixer. Et cependant, même dans ces cas-là également, l'observation clinique montre que nous avons souvent affaire à des symptômes d'ordre schizophrénique sans schizophrénie (l'absence d'altérations schizophréniques spécifiques de la personnalité et malgré la longue durée de l'évolution la coloration très vive

(1) Nous voulons souligner que les complexes symptomatiques que Bonhoeffer rapporte aux réactions à type exogène sont assez souvent l'indice de l'existence, non d'une réaction, mais d'un processus exogène à caractère toxico-organique ou organique-infectieux.

et polymorphe des symptômes). L'absence de schizophrénie est aussi assez souvent prouvée par l'issue de l'affection.

S'il n'est pas difficile de démontrer que les symptômes schizophréniques n'exigent pas nécessairement la présence du processus schizophrénique, il est beaucoup moins aisé, par contre, de prouver que ceux-ci (les symptômes d'ordre schizophrénique) ne sont pas essentiellement, ainsi que l'envisagent certains auteurs, conditionnés par les particularités constitutionnelles endogènes de la personnalité, estimant ainsi que ces symptômes sont essentiellement conditionnés par des facteurs d'ordre endogène.

Une série de faits témoignent d'une façon catégorique contre l'opinion qui rapporte les symptômes d'ordre schizophrénique à tout prix au compte des facteurs constitutionnels-endogènes (prédisposition schizoïde-schizophrène). Il faut indiquer avant tout que certaines substances toxiques, ainsi que nous le verrons plus bas, provoquent de préférence l'état délirant avec prédominance du complexe symptomatique paranoïde et d'autres avec celle du syndrome hallucinatoire ; ces faits nous disent que les symptômes rappelant la schizophrénie peuvent être essentiellement conditionnés par des facteurs exogènes, indépendamment des particularités constitutionnelles de la personnalité, attendu que si par exemple le complexe symptomatique paranoïde à tel ou tel degré de manifestation s'observe presque toujours dans les intoxications conditionnées par une substance toxique déterminée, ce fait par lui-même nous dit déjà que le syndrome donné est essentiellement conditionné par le facteur toxique et non constitutionnel. A l'appui de l'opinion que ce n'est pas toujours la prédisposition qui joue le rôle décisif dans la formation du tableau clinique dans l'influence exogène, nous pouvons citer les ouvrages de Sterz, Somagy et Rath. Nous avons eu l'occasion d'observer une série de psychoses toxiques qui ont évolué dans une période relativement courte sous l'influence d'un facteur toxique analogue. Dans tous les cas sans exception nous avons observé des symptômes bien caractérisés d'ordre schizophrénique, non seulement dans la période aiguë, au point culminant de l'état psychotique, mais également dans le stade, ou l'acuité de l'état était quelque peu tombé. (L'issue de la maladie ne s'effectuait pas d'après le type schizophrénique).

Déjà *à priori* il est difficile d'admettre que tout le groupe de sujets atteints presque en même temps soit doué de mêmes particularités constitutionnelles endogènes c'est-à-dire d'une prédisposition schizoïde-schizophrénique. Nous avons eu la possibilité

de nous convaincre qu'il en était ainsi parce que plusieurs de ces malades ont été préalablement minutieusement examinés en milieu clinique et observés pendant plusieurs jours avant le début de l'intoxication donnée ; pour plusieurs d'entre-eux on aurait pu parler de constitution « cycloïde ». Il s'agissait de personnalités sociables, syntones. D'après les données de leurs anamnèses et de l'hérédité minutieusement recueillies rien n'indiquait une prédisposition à la schizophrénie. Et cependant ils ont tous présenté de vifs symptômes d'ordre schizophrénique qui ont duré un temps très long.

Ces faits nous disent que dans les psychoses exogènes les symptômes d'ordre schizophrénique se rencontrant très fréquemment et n'étant pas nécessairement liés aux particularités constitutionnelles endogènes de la personnalité, peuvent être essentiellement considérés comme conditionnés par des facteurs exogènes.

Et cependant il ne s'en suit pas le moins du monde qu'il faille en conclure que la constitution est sans aucune influence sur la structure du complexe symptomatique d'ordre schizophrénique dans les psychoses exogènes. Malgré leur similitude apparente et générale tous les cas de psychoses exogènes à symptômes d'ordre schizophrénique étaient néanmoins différents et présentaient leurs particularités individuelles conditionnées non seulement par la différence d'intensité et de qualité du processus, mais aussi par les facteurs constitutionnels.

Les particularités constitutionnelles conditionnaient non seulement une coloration plus vive, la stabilité et le groupement des symptômes isolés, mais aussi l'inclusion d'une série de symptômes et de manifestations propres à l'individualité donnée. Nous rencontrons dans les psychoses exogènes moins souvent que le syndrome d'ordre schizophrénique et cependant assez fréquemment le complexe symptomatique épileptiforme ou épileptique. On l'observe dans les psychoses exogènes sous forme d'accès épileptiformes isolés, tout au commencement de la psychose exogène ou au point culminant d'aggravation de la psychose exogène, indiquant un état extrêmement grave, l'accès dans ces cas-là est souvent un signe précurseur de l'issue mortelle. Cependant le syndrome épileptiforme s'introduit assez souvent dans l'état délirant confusionnel sous forme d'accès épileptiforme d'état d'obnubilation de conscience, d'une humeur coléreuse et agressive d'un état d'exaltation, etc... Finalement il nous est arrivé d'observer des cas où, sous l'influence d'une forte intoxication, on voyait évoluer un syndrome épileptiforme ou épileptique (des accès,

des traits de caractère typiques chez les épileptiques et un comportement correspondant) sur un fond de symptômes exogènes peu marqués.

D'après nos observations, le complexe symptomatique épileptiforme dans les psychoses exogènes évolue d'ordinaire rapidement, massivement, comme s'il était étranger au fond exogène général et sans se confondre avec lui. En étudiant la personnalité prémorbide des malades chez lesquels on observait, dans la psychose exogène, un syndrome épileptiforme, nous avons découvert, presque dans tous nos cas, telle ou telle prédisposition à l'épilepsie : des particularités caractérologiques, le somnambulisme, l'énurésie jusqu'à un âge assez avancé et quelquefois même des accès dans la plus tendre enfance, ainsi que l'hérédité épileptique ou épileptoïde. Le fait que le syndrome épileptiforme ou épileptique est loin de se rencontrer dans tous les cas de psychoses exogènes, qu'il se montre étranger au fond exogène général, qu'il s'observe ordinairement presque toujours chez des personnes à prédisposition avérée pour l'épilepsie, nous permet de dire qu'il est essentiellement conditionné principalement par des facteurs endogènes et non exogènes, qu'il est en réalité non épileptiforme, mais épileptique, et qu'il figure dans le tableau de la psychose exogène plutôt d'une manière pathoplastique. Le rôle des facteurs exogènes par rapport à ce complexe symptomatique est surtout provocateur.

Ainsi, si nous estimons que nous devons considérer les symptômes schizophréniques dans les psychoses exogènes aiguës comme étant essentiellement conditionnés par des facteurs exogènes, alors le syndrome épileptiforme doit être considéré comme étant essentiellement conditionné par des facteurs endogènes. Dans les cas séparés, cependant, quand l'accès épileptiforme se développe au point culminant de l'aggravation de la psychose exogène, il n'est pas rare qu'il soit une preuve de la grande intensité du processus conditionné par les facteurs exogènes, d'une intervention brutale dans le système nerveux central, indiquant, comme nous l'avons déjà dit plus haut, une issue défavorable. Dans ces cas-là, l'accès épileptiforme (ou épileptique) est déjà la conséquence immédiate d'une lésion déterminée de la région correspondante du cerveau et peut, par conséquent, surgir sans prédisposition correspondante.

Les observations assez nombreuses de syndromes épileptiformes consécutifs à l'intervention de facteurs exogènes nocifs tels que : l'ergotine, le plomb, l'oxyde de carbone, etc., ne semblent guère corroborer notre thèse, à savoir que le syndrome épilepti-

forme dans les psychoses exogènes est essentiellement conditionné par des facteurs principalement endogènes.

Et cependant, ce syndrome étant surtout conditionné par les facteurs endogènes, il aurait fallu s'attendre de sa part à une certaine indépendance des particularités de la substance agissante par voie exogène, c'est-à-dire que nous aurions dû nous attendre à le voir apparaître dans les cas où le facteur exogène d'une intensité déterminée (indépendamment de ses particularités) tombe sur une personnalité prédisposée à l'épilepsie. Nous nous heurtons ici à une question importante et compliquée (que nous ne pouvons éclaircir dans la présente communication), celle de la réciprocité des facteurs endo et exogènes, et en premier lieu, celle du rôle des particularités qualitatives de la substance influençant la manifestation de telles ou telles particularités endogènes de la personnalité.

En étudiant les troubles mentaux survenus sous l'influence chronique de petites doses de mercure, notre attention fut arrêtée par un fait extrêmement intéressant du point de vue théorique. Nous avons eu un nombre de cas très notable d'une intoxication (avec preuves à l'appui fournies par les recherches du laboratoire), dont le syndrome était manifestement uni avec la schizophrénie. A noter que, dans tous ces cas, la schizophrénie s'est développée après le début de l'intoxication mercurielle. Cette union s'est présentée si souvent qu'elle nous a suggéré l'idée que peut-être nous n'avons affaire ici qu'aux symptômes d'ordre schizophrénique ou, à ce qu'on nomme, la schizophrénie symptomatique « exogène ». Cependant, la présence d'altérations schizophréniques avérées, d'éléments de prédisposition schizoïde, schizophrénique chez plusieurs d'entre eux, nous oblige à admettre que, dans les cas donnés, nous sommes en présence d'une schizophrénie mise en évidence par l'intoxication mercurielle. Quant aux cas, où nous avons eu affaire à une plus violente action du mercure (de fortes doses), nous avons rencontré habituellement le tableau classique de l'intoxication mercurielle.

Sans entrer présentement dans l'analyse de ce fait particulièrement intéressant, nous pouvons dire néanmoins, d'une façon catégorique, que l'action chronique de faibles doses de mercure pendant une période de temps prolongée met à découvert et active le processus schizophrénique assez souvent et assez facilement chez les sujets à prédisposition spéciale. Toutes différentes sont nos observations dans l'intoxication chronique par le plomb.

L'union avec la schizophrénie s'est présentée là (dans l'intoxication par le plomb) dans des cas isolés, malgré que nous ayons eu et que nous ayons encore l'occasion d'observer beaucoup plus souvent des malades à intoxication chronique par le plomb que par le mercure. Dans l'intoxication chronique par le plomb, nous rencontrons, ainsi que nous l'avons noté dans notre monographie sur l'intoxication par le plomb (1), relativement souvent des cas d'épilepsie. De nombreuses observations montrent que, dans les cas d'intoxication chronique par le plomb, là où on a pu noter un certain degré de prédisposition à l'épilepsie, cette dernière s'est développée avec une très grande facilité.

Ainsi, l'action chronique du plomb provoque l'épilepsie fréquemment et facilement chez les sujets à prédisposition correspondante.

Ces faits nous incitent à parler de la spécificité des facteurs exogènes, de l'existence d'excitants jouant, pour ainsi dire, le rôle de clefs ne faisant qu'ouvrir facilement et dégager la prédisposition spéciale.

Il est vrai que les cas ne sont pas rares où telle ou telle prédisposition, tel ou tel mécanisme secret est mis à découvert sous l'influence de circonstances tout à fait différentes : n'importe quelle influence défavorable, n'importe quel choc, détermine chez les uns la schizophrénie, chez d'autres l'épilepsie, chez d'autres encore la psychose maniaque-dépressive, etc. Dans ces cas-là, tel ou tel processus secret, une prédisposition ou un mécanisme préparé d'avance, se trouve à la surface et son avenir est en réalité déjà ébauché indépendamment de tel ou tel agent ; il est extrêmement près de se manifester. N'importe quelle influence accidentelle, quelle qu'elle soit, ne fera qu'activer, contribuer à sa manifestation. Il nous semble qu'il n'est pas juste de parler dans ces cas-là de provocation extérieure. Nous devons plutôt parler dans ces cas de facteurs activants, favorisants. Et tandis que le facteur activant favorisant la manifestation est accidentel et point spécifique pour la prédisposition donnée, le facteur provocateur, par contre, est spécifique et lui est nécessaire. Et si, dans le premier cas, l'affection se serait développée fatalement, indépendamment de la présence ou de l'absence de tels ou tels facteurs accidentels, son éclosion n'étant qu'une question de temps, dans le second cas, l'affection aurait pu, en l'absence de l'influence spécifique donnée, ne point se manifester.

Ainsi, nous en arrivons à conclure que la « provocation »

(1) *Zeit. Neur. u. Psych.*, Bd 133, u. Bd. 134.

contient en soi des éléments de « pathogénicité » et le facteur provocateur ne peut, par conséquent, pas être opposé au facteur pathogénique (1). En littérature, nous trouvons des indications nous montrant qu'il est plus naturel pour certains facteurs que pour d'autres, de contribuer à la manifestation des prédispositions spéciales.

Ainsi, Boström signale que la syphilis facilite tout particulièrement la manifestation de la schizophrénie. Bonhoeffer note qu'il est tout naturel, pour la période puerpérale, compliquée d'infection, de contribuer à la manifestation de la schizophrénie ; le rôle de la période puerpérale, comme contribuant à la manifestation de la schizophrénie, a été souligné également par Kerbikoff. Guiliarovsky indique le rôle de certaines infections comme contribuant à la manifestation de la schizophrénie, mettant en doute la possibilité, pour les processus organiques, de provoquer la schizophrénie.

Toutes ces observations montrent, d'une façon catégorique, que la qualité de l'agent exerçant une influence exogène est loin d'être indifférente pour la manifestation du processus endogène. Nous voulons souligner néanmoins qu'il est surtout important sous ce rapport que les particularités qualitatives du facteur donné s'allient à un degré déterminé d'intensité. Ainsi, tandis que, sous l'influence de petites doses de mercure, nous avons observé, ainsi que nous l'avons montré plus haut, une union fréquente de phénomènes d'intoxication mercurielle avec la schizophrénie, sous l'influence de fortes doses, par contre, nous avons rencontré le tableau classique de l'intoxication mercurielle, sans trouver une seule fois de la schizophrénie. Dans l'intoxication mercurielle à faibles doses, les symptômes mercuriels disparaissaient souvent petit à petit chez les malades qui avaient abandonné leur travail à l'usine ; les altérations schizophréniques continuaient cependant parfois à progresser quand même ; dans les intoxications mercurielles à fortes doses, l'état du malade, ayant quitté son travail s'améliorait relativement vite, laissant, dans les cas graves, un complexe symptomatique d'ordre organique.

Une forte intensité du facteur exogène semble donner assez souvent des réactions et des états qui sont, jusqu'à un certain point, extra-constitutionnels.

Tout ceci parle en faveur de l'importance d'une étude minu-

(1) Nous retrouvons la même idée chez O.-W. Kerbizoff : « Les travaux de la Clinique psychiatrique du 1^{er} Institut de Médecine de Moscou ».

tieuse et approfondie des *mécanismes d'influence des facteurs qui sont spécifiques pour la manifestation de telle ou telle prédisposition endogène*, ce qui nous rapprochera, jusqu'à un certain point, de la conception de la nature des processus endogènes dont la manifestation aura été favorisée par ces facteurs.

La question du rôle des particularités qualitatives du facteur exogène contribuant à la manifestation de telle ou telle prédisposition endogène, nous amène à un problème plus vaste, notamment à la question de la spécificité ou de la non-spécificité de la réaction (ou de l'état) psychique, non seulement endogène, mais aussi exogène suivant les propriétés de l'agent donné exogène par rapport au cerveau.

C'est un problème qui, malgré son ancienneté, n'a pas encore reçu de solution déterminée et qui, à notre idée, n'est pas tout à fait correctement compris par nombre d'auteurs. Rappelons d'abord que Bonhoeffer n'a jamais nié le fait que les influences exogènes pernicieuses déterminées étaient sujettes à donner, le plus souvent, des tableaux et une évolution semblables, il n'a fait que montrer que les mêmes tableaux pouvaient être également observés avec d'autres influences pernicieuses exogènes (Monat. Psych., 58). La position occupée par Specht est plus catégorique, il souligne en premier lieu le rôle du facteur d'intensité et nie celui de la spécificité de la substance influençante, c'est-à-dire de la réaction à type exogène. Il nous semble qu'il n'est pas du tout juste de poser le problème ainsi, attendu que l'intensité des influences est, en grande partie, conditionnée par les particularités qualitatives du facteur nocif. Le facteur perniciox, exogène par rapport au cerveau, d'intensité d'action déterminée, amène effectivement souvent des réactions et des états qui sont spécifiques pour la période où l'action se produit. Ceci est exact, non seulement par rapport aux troubles de conscience dont nous avons parlé plus haut (l'état délirant, l'étourdissement), mais par rapport aux symptômes séparés : les hallucinations hypnagogiques, les troubles de perception du temps et de l'espace, les troubles de mémoire, les hallucinations tactiles particulièrement vives et également les hallucinations cœnesthésiques et beaucoup d'autres qui sont spécifiques pour l'influence exogène souvent indépendamment des particularités de l'agent nocif exogène.

Il est intéressant de noter également que, non seulement le caractère des troubles de conscience n'est souvent pas spécifique pour telle ou telle influence toxique et infectieuse, mais également le contenu des manifestations hallucinatoires et délirantes

est analogue dans beaucoup d'infections et d'intoxications : la sensation, chez le sujet, d'un désastre, de catastrophe, de tremblement de terre, une teinte mystique et religieuse, etc...

Et cependant, il faut noter que les observations faites sur les réactions et états mentaux exogènes chez différents sujets sous l'influence de différents agents nocifs exogènes, ainsi que l'analyse de ces états, montrent que la réaction cérébrale, tout en étant essentiellement non spécifique, a cependant une série de particularités qui font ressortir assez vivement et soulignent sa spécificité justement par rapport à l'agent nocif. Cette spécificité se fait sentir jusqu'à un certain point avant tout dans le caractère même et les particularités des troubles de conscience.

Ainsi, par exemple, nous savons qu'il y a des substances qui ont la propriété de provoquer une intensité d'action déterminée, le plus souvent des états de coma ou d'agitation comateuse (délire comateux), nous en avons déjà parlé ; ces substances sont l'oxyde de carbone, l'acide sulfhydrique et l'aniline ; d'un autre côté, il y a des substances qui provoquent des états psychosiques extrêmement brusques et vifs, qui sont comme des poisons spécifiques pour le système nerveux et qui ne donnent presque jamais de véritable état comateux et d'agitation comateuse, mais qui offrent très facilement de riches tableaux d'états délirants intenses. Nous pouvons le noter d'une façon catégorique, nous basant sur nos multiples observations.

Il y a ensuite des substances dont l'effet sur le système nerveux est très vif mais qui occasionnent très rarement, et quelques-unes jamais, des troubles de conscience. Ainsi, on ne trouve pas en littérature ce qu'on nomme les intoxications aiguës par le manganèse bien que, dans certaines industries, comme par exemple dans les industries qui broient les métaux, le manganèse pénètre dans l'organisme en quantité assez considérable et provoque des altérations tout particulièrement marquées de caractère destructif du système nerveux central. Nous avons eu l'occasion d'observer 5 cas de véritable intoxication professionnelle par le manganèse, où cette substance pénétrait en grande quantité, au bout d'un temps relativement court de contact, et provoquait le tableau très net du parkinsonisme avec affaiblissement intellectuel (quelques-uns de ces cas ont été rapportés par le Dr Luraz à la Société des neuropathologistes et des psychiatres, et ont été décrits par lui dans la *Revue neurologique*), sans que ces malades présentent le moindre signe d'état délirant. Il en est de même pour les intoxications par le mercure ; les états délirants s'y rencontrent fort rarement, malgré que le mercure

donne des manifestations cliniques importantes touchant le système nerveux et le psychisme. Il est vrai que cela s'explique peut-être par ce fait que le mercure et le manganèse s'absorbent lentement et que l'intensité du choc sur le système nerveux central s'en trouve atténuée. Et cependant, ceci n'exclut pas la spécificité de l'influence de ces substances. Il est intéressant de noter justement ici que le mercure et le manganèse détériorent tout particulièrement la région subcorticale, c'est-à-dire justement la région à laquelle on rattache d'habitude l'évolution des états délirants.

La spécificité apparaît, en second lieu, dans un groupement déterminé des symptômes, dans la coloration vive et dense de ces symptômes, la prédominance de certains sur d'autres. Ainsi, si par exemple on voyait apparaître, d'une façon marquée, des hallucinations visuelles, les manifestations délirantes faisant totalement défaut ou étant peu apparentes (l'atropine, l'hydrogène arsénié, etc.) dans certains cas, dans d'autres, on voyait se présenter, d'une façon très vive et très concentrée, des manifestations délirantes (oxyde de carbone, acide sulfhydrique, etc.); dans les cas de l'oxyde de carbone, on voit se glisser dans le tableau d'intoxication, quelquefois déjà dès le début, des phénomènes d'ordre amnésique; dans certaines intoxications, on a observé une manifestation particulièrement intense des phénomènes de dépersonnalisation, etc....

La spécificité se fait encore sentir dans ce fait que souvent, dans les différentes influences exogènes, nous avons un groupe de symptômes du même ordre, mais qui, en clinique, se manifestent différemment. Les troubles du sommeil consistent, dans certains cas, en une insomnie très prononcée, dans d'autres, une grande somnolence; le caractère de l'agitation, par exemple, varie totalement suivant les différentes substances toxiques (oxyde de carbone, acide sulfhydrique, benzine, etc.). Le mercure et le manganèse donnent des symptômes marqués de la région subcorticale et du système nerveux végétatif, les tableaux cliniques étant cependant très différents.

Tandis qu'avec le mercure, nous avons affaire à une grande labilité affective, à de l'hyperémotivité, à de la tension, de l'inquiétude, etc., dans les intoxications par le manganèse, nous nous heurtons à de l'ineptie émotive, à de la bénignité, à de l'euphorie, au fou rire, à une apparence d'imbécillité rapidement grandissante. De nouveau, une série de symptômes du même ordre (d'ordre émotif), mais se manifestant à des pôles différents. Le tableau neurologique dans l'intoxication par le mercure

et le manganèse est aussi varié. Il faut noter également que, dans certains cas, la spécificité s'est fait sentir, non seulement dans le caractère des symptômes, mais aussi dans leur contenu : dans les hallucinations tactiles similaires du point de vue de la localisation et du contenu, dans le contenu analogue du délire, etc... (Nous en parlerons en détail, quand nous aborderons la clinique et la pathogénie des psychoses exogènes).

Ainsi, à côté de la réaction psychique non spécifique pour telle ou telle influence exogène, nous trouvons souvent aussi des particularités qui sont spécifiques justement pour l'agent donné. Bien que ces symptômes « spécifiques » occupent, dans le tableau de la psychose exogène, une place souvent secondaire, étant parfois complètement dissimulée par la réaction générale non spécifique du cerveau, ils sont souvent néanmoins des signes indiquant, non seulement une plus ou moins grande participation dans le processus de telle ou telle section du système nerveux central, mais caractérisant également avec netteté les particularités du processus même. En parlant de « spécificité » de la réaction psychique exogène, la plupart des auteurs envisagent la nécessité d'un type particulier de réaction psychique, soit d'après les différentes catégories fondamentales des agents nocifs exogènes : intoxication, infection, traumatisme (Goldenberg), soit d'après les différentes particularités de la substance donnée dans les limites d'une même catégorie. Une telle manière d'aborder ce problème ne nous paraît pas correcte. La « spécificité » de la réaction est conditionnée par l'agent qui exerce l'influence. Les facteurs exogènes qui diffèrent par leurs particularités et leurs propriétés possèdent parfois un mécanisme d'action en partie, et jusqu'à un certain point, similaire. Ainsi, par exemple, l'oxyde de carbone, l'acide sulfhydrique et l'aniline étant des substances tout à fait différentes par leurs propriétés physio-chimiques, ont ceci de commun que, toutes, elles conduisent, par des voies tout à fait différentes, à l'anoxémie. C'est pourquoi les tableaux psychosiques déterminés par ces substances présentent entre eux une certaine analogie. Il est possible d'admettre que l'infection qui provoque l'encéphalite épidémique et le manganèse, donnant tous les deux des tableaux très ressemblants, sont partiellement et à un certain degré analogues dans le mécanisme de leur action. C'est pourquoi il faut distinguer le « spécifique », non par rapport à chaque facteur exogène séparé, mais par rapport aux groupes de facteurs exogènes, où peuvent rentrer et les infections, et les intoxications, et les traumatismes.

En second lieu, il faut avoir en vue, quand on traite le problème du « spécifique », que le cerveau ne dispose que d'un nombre restreint de réactions et d'ensembles symptomatiques possibles ; il faut donc rechercher souvent le spécifique, non dans le fond général de l'état, mais dans sa structure.

Nous avons ébauché une série de questions capitales et laissé dans l'ombre nombre de faits pour beaucoup d'entre elles. Et par ailleurs, nous n'avons pas encore abordé un certain nombre de problèmes qui se posent en connexion avec l'étude de psychoses exogènes et qui réclament vivement une solution.

Dans cette communication, qui sert d'introduction à d'autres qui suivront, nous nous sommes proposé surtout de préciser les questions plutôt que d'en poser. Et cependant, nous n'avons pas pu passer complètement sous silence certains problèmes qui seront repris en détail dans les communications suivantes.

Nous avons dû également renoncer à illustrer plus d'une thèse par les exemples très frappants dont nous disposons. Nous n'avons presque pas touché — intentionnellement — à la question de la valeur des faits dans l'ordre des psychoses exogènes pour la conception de la nature des processus endogènes. Il semble cependant que cet exposé indique clairement que les troubles mentaux exogènes constituent une véritable mine de matériaux cliniques d'un intérêt capital pour la conception et la solution d'une série de problèmes dans le domaine des psychoses endogènes.

L'INSULINE COMME ANAPHRODISIAQUE

PAR

ROGER MIGNOT

Les lignes qui suivent sont simplement consacrées à l'exposé d'un traitement de « l'exaltation pathologique du besoin sexuel », symptôme si communément observé chez les aliénés. L'étude complète de cet état, de ses causes, de son rôle dans la pathogénie des délires, des hallucinations et des interprétations érotiques, nécessiterait de longs développements qui laisseraient assurément subsister bien des lacunes et des obscurités dans l'état actuel de nos connaissances. Quelques constatations cliniques préalables restent cependant permises.

« L'exaltation du besoin sexuel » se traduit, chez les hommes aliénés, par des pratiques le plus souvent discrètes, tandis que chez les femmes, elle aboutit à des réactions à ce point manifestes et impudiques qu'elles forcent l'attention.

En outre, cet état entraîne des conséquences sérieuses au point de vue hospitalier : les pratiques anormales, le désordre et les scandales qui en résultent, leur caractère contagieux, suffiraient à démontrer l'utilité d'une thérapeutique anaphrodisiaque, si les souffrances réelles de la continence pour certains sujets n'imposaient déjà l'intervention médicale.

Nous avons à notre disposition l'hydrothérapie froide, les bromures et le camphre dont l'action n'est pas négligeable. « L'opothérapie complémentaire » serait également efficace. J'ai obtenu moi-même un succès non douteux par l'emploi répété d'ovules vaginaux à base d'extraits orchitiques frais de jeunes pores. La difficulté de se procurer le matériel nécessaire à la préparation de ces ovules et leur conservation difficile ne m'ont pas permis de renouveler cette expérience.

Devant la pénurie des moyens utilisables, je me crois autorisé à publier les résultats des essais que je poursuis depuis la fin

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Octobre 1936.

de 1934. Cette thérapeutique a été orientée par la lecture d'une observation médicale : il s'agissait d'une femme diabétique, non aliénée, soumise à un traitement par l'insuline. Le mari de cette femme confia au médecin traitant qu'entre autres avantages de ce médicament, il avait constaté que sa femme n'avait plus, comme auparavant, les exigences sexuelles qu'il avait peine à satisfaire.

A la suite de cette lecture, j'ai utilisé l'insuline, à titre de sédatif et j'ai constaté le soulagement de l'éréthisme sexuel chez les femmes aliénées de mon service.

A priori, je ne saurais dire si les mêmes résultats seraient obtenus chez l'homme, n'ayant pas eu l'occasion de l'expérimenter.

L'interaction des diverses endocrines sexuelles et parasexuelles est bien mal connue ; cependant, l'influence anaphrodisiaque de l'insuline apparaît comme d'origine hormonale ; elle doit être rapprochée de son action favorable, signalée par Vogt en 1927 et par le Professeur Cotte, sur les hémorragies utérines reconnaissant comme cause un déséquilibre endocrinien.

Les observations qui suivent ont été choisies parmi celles qui ont trait à des malades lucides et capables de renseigner. J'ai relevé d'autres cas, qu'il est inutile de rapporter ici, où l'action de l'insuline était jugée favorable par la disparition des manifestations extérieures constatables et gênantes. Chez certaines aliénées inconscientes ou indociles, je n'ai pu me rendre compte des résultats obtenus. J'ai observé également quelques échecs, en particulier chez une érotomane lucide qui souffrait de crises clitoridiennes subintrantes qu'elle attribuait à « l'objet » et qui provoquaient une insomnie rebelle et une asthénie très accusée.

L'action médicamenteuse est indépendante de la nature de la maladie mentale du sujet.

OBSERVATION I. — C., née en 1896 ; mariée, deux enfants ; réglée régulièrement. Soignée pour une encéphalite en 1919 ; entrée à Ville-Evrard en janvier 1934 dans un état maniaque avec délire polymorphe. Les hallucinations se sont développées peu à peu et sont actuellement très intenses. La malade se présente (août 1936) comme une démente paranoïde, vivant dans un état habituel d'agitation. Dès le mois de juin 1934 nous notons une excitation érotique homosexuelle qui nécessite un isolement cellulaire. Nous commençons l'insuline (vingt unités) ; le calme revient en deux jours. Dès lors, tous les deux ou trois mois, sans corrélation avec les règles, la malade traverse des paroxysmes érotiques très pénibles et même dangereux : elle tient les propos les plus obscènes ; s'exhibe, étale ses parties

sexuelles, les manipule, invite à des attouchements, sollicite des examens en arguant de lésions locales imaginaires, se précipite avec violence sur l'entourage. Toutes ces manifestations érotiques se calment chaque fois en deux ou trois jours sous l'influence de l'insuline mais elles se reproduisent quelques semaines plus tard. A deux reprises la malade sollicite elle-même la médication. Les dernières injections semblent agir moins rapidement.

OBSERVATION II. — G., née en 1873 ; un enfant ; hystérectomie pour fibrome, il y a une dizaine d'années. Internée en 1933, à Ville-Evrard, pour un délire de persécution à base d'interprétations, déjà ancien, accompagné de quelques troubles de la sensibilité générale ; tentatives de suicide dans le service. Crises de tachycardie paroxysmique. Mort subite en février 1936.

En août 1934, la malade se plaint avec indignation de sensations génitales voluptueuses, nocturnes, qu'elle croit provoquées à distance : « On lui allonge le clitoris ». A la suite de deux injections d'insuline, de dix unités, la malade peut dormir et accuse un grand soulagement. Depuis elle n'a plus fait allusion à des sensations génitales.

OBSERVATION III. — A., née en 1901 ; mariée ; un enfant ; règles régulières ; spécificité en 1927. Démence précoce en évolution depuis 1929 ; internée à Ville-Evrard depuis 1930 ; présentation hypomaniaque habituelle avec érotisme léger. Pour la première fois, en mars 1935, l'excitation sexuelle devient gênante : la malade se découvre, se masturbe en public, s'attaque à l'entourage. Trois injections de vingt unités d'insuline amènent une sédation manifeste de l'excitation génitale qui depuis ne s'est pas reproduite de façon pénible.

OBSERVATION IV. — L., née en 1908, mariée, deux enfants. Déjà soignée par nous en 1932. Entre en novembre 1935 à Ville-Evrard pour la seconde fois. Déséquilibre mental avec idées obsédantes phobiques ; signes d'hyperthyroïdie. L'instabilité, l'irritabilité, les scènes de jalousie, les réactions passionnelles et théâtrales toujours fréquentes sont plus fortes au moment des règles.

En janvier 1936, pour la première fois, elle nous avoue spontanément son hypersexualité : « Pour avoir la quiétude, pour être heureuse, et se sentir en bonne santé, elle doit être satisfaite matin et soir ». ... « De là sont venus la mésentente du ménage et tous ses malheurs... » « Elle traverse des périodes infernales d'excitation. » Actuellement, et depuis quatre jours que ses règles ont cessé, elle est dans une de ces périodes ; elle demande qu'on la soulage ; elle a entendu parler de piqûres.

Le mari interrogé confirme l'existence de ces crises d'excitation sexuelle qu'il ne peut pas toujours satisfaire et qui troublent le ménage.

Trois injections de vingt unités d'insuline procurent un soulagement rapide.

Pendant les mois qui suivent, la malade, tout en manifestant son irritabilité de l'humeur, son déséquilibre intellectuel et affectif reste calme au point de vue sexuel ; elle reçoit mieux son mari et envisage la reprise de la vie conjugale et une sortie prochaine de l'Asile.

Le vingt-huit juin, elle se présente la figure crispée et pâle, les yeux saillants, elle est agitée d'un tremblement, le pouls est rapide. Elle nous dit à voix basse que « la chair la travaille », « que les nuits sont intolérables ». Deux injections de vingt unités amènent le calme sexuel.

Mme L. quitte Ville-Evrard en août et nous demande si chez elle elle peut avoir recours à l'insuline en cas de besoin.

OBSERVATION V. — G., née en 1878 ; mariée, sans enfants ; ménopause depuis une dizaine d'années. Folie maniaque-dépressive ; le premier accès remonte à 1901 ; le premier internement à 1924 ; dès lors, les accès se rapprochent et reviennent environ tous les ans et nécessitent le placement en maisons de santé ou à Ville-Evrard. Depuis 1931, les intervalles sont de si courte durée que la sortie n'est plus possible ; en 1932, nous notons des idées de persécution actives et des hallucinations de l'ouïe. Elle se plaint d'une force étrangère qui agit sur sa personnalité ; elle demande qu'on excuse ses propos et ses actes, indépendants de sa volonté. Jour et nuit on l'insulte ; de plus, les ouvriers de la buanderie exercent à distance des attouchements sur ses organes génitaux ; « ils la rendent hystérique » et lui procurent des sensations voluptueuses indéfiniment ; « c'est un enfer ». Elle barricade la fenêtre de sa cellule avec des journaux ; elle entasse entre ses jambes des vêtements et des chiffons pour se protéger. En mars, et en mai 1935, en juin 1936, on injecte quinze unités d'insuline *pro die* pendant quatre ou cinq jours. Chaque fois la malade déclare qu'elle est soulagée, « ils m'embêtent moins » ; elle peut dormir.

OBSERVATION VI. — S., née en 1897 ; pas d'existence génitale déclarée ; règles irrégulières et peu abondantes. Psychose maniaque-dépressive évoluant depuis 1917. Premier internement à Ville-Evrard en 1924 ; depuis, nombreux placements à Henri-Rousselle et dix internements dans le service. Au cours de certains accès maniaques s'est montrée très érotique, ce qui contrastait avec l'état habituel de retenue, de souci de moralité et de scrupules religieux. Lors du dernier placement, en mars 1936, la malade a trente-huit ans, et la ménopause semble s'annoncer, les règles ont cessé depuis quatre mois. Elle se plaint de sensations génitales dès qu'elle est sur le point de s'endormir et accuse en même temps des besoins sexuels qui lui sont très pénibles. L'insuline procure un soulagement immédiat ; la malade redevient réservée dans ses propos comme auparavant.

L'action anaphrodisiaque de l'insuline est rapide ; elle se produit généralement dans les heures qui suivent la première injection. Mais elle est aussi temporaire, c'est-à-dire qu'elle se limite à la période d'excitation génésique en cours. Le caractère habituellement épisodique de l'éréthisme génital permet d'interrompre le médicament dès le quatrième ou le cinquième jour. Le calme est acquis pour quelques semaines ou quelques mois. La médication a été reprise ainsi à échéances plus ou moins lointaines chez un certain nombre de malades : Mme C., Obs. I, a déjà reçu six séries depuis 1934.

J'utilise l'insuline française (endopancrine), à la dose pro die, de dix à vingt unités à la fois, pendant quatre ou cinq jours au maximum et en ayant soin de prescrire en même temps de trente à soixante grammes de sirop de sucre. Peut-être me suis-je montré trop timide quant à la dose, dans les cas rebelles ; en tous cas, je n'ai observé ni accidents, ni intolérance. Cependant, pour être complet, et sans me permettre d'interprétations, je dois faire connaître l'observation de Mlle R...

OBSERVATION VII. — R., née en 1895 ; réglée, pas d'enfant. Psychose maniaque-dépressive ; accès de courte durée mais très intenses ; plusieurs tentatives de suicide ; nombreux séjours à l'hôpital Henri-Rousselle ; neuf internements depuis 1925 ; incapacité de réadaptation sociale en raison du déséquilibre mental et d'une tuberculose ancienne qui a nécessité plusieurs séjours dans les divers sanatoria.

Vie génitale incomplète et anormale, mais souci habituel des convenances. Souffre de paroxysmes génitaux épisodiques qui lui font réclamer, dès 1927, du bromure de camphre. Dernier séjour à Ville-Evrard en juin 1936, pour un accès dépressif ; rapidement reprise de l'état habituel et des dispositions sont prises pour le retour dans l'ouvrier où elle passe une partie de son existence, quand, huit jours avant ses règles, insomnie et excitation génésique très vive qui pousse à une masturbation effrénée, de telle sorte que la malade demande à être calmée. Quatre injections de vingt unités d'insuline à partir du sept juin. L'excitation sexuelle tombe de suite, mais nous constatons en même temps une obnubilation légère des facultés avec anxiété très vive, panophratie, hallucinations terrifiantes de l'ouïe, insomnie rebelle : on va la tuer, il y a un complot, elle a vu la surveillante tirer un revolver de sa poche tandis qu'une voix d'homme disait : « Tire, tire ». Elle nous fait ses adieux, demande protection, est continuellement sur le qui-vive. Cet état dure une huitaine de jours et disparaît complètement, sans amnésie consécutive. La malade nous dit que ces troubles se sont produits en même temps que son excitation sexuelle disparaissait et qu'elle n'avait

jamais eu de manifestations de ce genre. Nous-même qui la connaissons depuis 1927, n'avons jamais constaté chez elle de troubles analogues au cours des neuf accès antérieurs. Cette confusion hallucinatoire, par son intensité, sa soudaineté, son évolution rapide, par le caractère vécu des réactions paraît bien d'origine toxique. Il est difficile de ne pas mettre en cause les quatre-vingts unités d'insuline injectées. Ce cas invite donc à la prudence dans l'emploi de l'insuline.

De toutes ces observations, appuyées d'ailleurs par d'autres moins probantes, à cause de l'état mental des malades, je crois pouvoir conclure à l'action anaphrodisiaque de l'insuline chez les femmes aliénées.

Les malades les plus lucides et les plus intelligentes déclarent éprouver un soulagement, une détente véritable, à un état qu'elles s'accordent toutes à qualifier « d'inférieur, d'intolérable, d'odieux, etc. ». Elles n'hésitent pas à réclamer elles-mêmes des médicaments. Enfin, critérium important, le personnel soignant demande lui-même la prescription de l'insuline quand l'excitation génésique de certaines malades atteint ce degré d'intensité qui amène le trouble et le désordre dans le service.

Malgré toutes ces constatations favorables, me rappelant l'adage « testis unus, testis nullus », je souhaite que l'insuline soit expérimentée par mes collègues et étudiée chez l'homme dans les mêmes circonstances.

REVERIES D'UN VISIONNAIRE

(« *Traume eines Geistersehers* »)

PAR

IMMANUEL KANT

NOUVELLE TRADUCTION FRANÇAISE

Par WALTHER RIESE et ANDRÉ REQUET

Préface

« Les rêveries d'un visionnaire », de KANT, ont été traduites, pour la première fois, par TISSOT, en 1863.

Cette traduction est épuisée. Elle contient, en plus, nombre de fautes, contre-sens, erreurs d'impression, qui défigurent la pensée kantienne et la rendent parfois incompréhensible. Etant donné l'importance de l'ouvrage, nous avons pensé qu'une nouvelle traduction s'imposait, plus fidèle et plus claire. La traduction que nous soumettons à la critique du lecteur français, a pu être réalisée par la collaboration de deux traducteurs dont chacun parle et écrit l'une des deux langues en question comme langue maternelle, tout en disposant de l'autre.

L'ouvrage est un des plus intéressants et des plus importants du philosophe. Bien qu'écrit et publié (sous le voile de l'anonymat) vingt ans avant l'apparition de la « Critique de la raison pure », il *anticipe* sur toute l'œuvre kantienne. La personnalité et les visions de Swedenborg ne sont qu'un prétexte pour faire surgir la pensée *critique* ; toutes les réflexions du philosophe aboutissent à la conclusion qu'il faut se borner à explorer ce qui peut être exploré, pensée tout à fait kantienne, qui apparaît déjà dans toute sa netteté. De

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Octobre 1936.

même l'idée magistrale de la critique de la raison pratique est déjà émise : la question posée par KANT, à la fin de son ouvrage :

« Quoi ? Est-ce qu'il est bien d'être vertueux parce qu'il y a un autre monde, ou est-ce que les actions ne seront pas plutôt, un jour, récompensées, parce qu'elles étaient bonnes et vertueuses en soi ? »

Cette question contient déjà, en substance, toute la morale kantienne. Enfin, dans les « rêveries d'un visionnaire », KANT soulève le problème du caractère immatériel de la vie ; et, en tant qu'il discute des problèmes touchant à la nature de l'organisme vivant, il anticipe sur la deuxième partie de la critique du jugement.

Mais, outre ces problèmes d'ordre général, des sujets particuliers, qui méritent tout l'intérêt du naturaliste, surtout du médecin-psychologue, sont traités dans ce petit chef-d'œuvre.

Tout d'abord, le problème d'un *siège de l'âme*.

La solution que KANT donne à ce problème, 30 ans plus tard, dans sa correspondance avec SOEMMERING, est, elle aussi, déjà anticipée par les « rêveries d'un visionnaire » ; même le problème des localisations cérébrales, bien que sous une forme approximative, est visé par le philosophe dans une note particulièrement intéressante.

En plus, le problème de *l'extériorité et de la localisation des sensations* et des *hallucinations* est soulevé ; la science contemporaine n'a rien à ajouter à la théorie fragile et aux doutes qu'elle laisse subsister dans la conscience philosophique de KANT.

Notons enfin, que le philosophe touche à des problèmes méthodologiques des plus intéressants et actuels de la psychologie et même de la clinique : loin de se contenter d'une classification pure et simple des phénomènes en question — il est tenté de considérer les visionnaires comme des aliénés — il vise le problème plus grave et plus profond des *mécanismes* en jeu :

« car sain ou malade, quel que puisse être l'état du sujet trompé, on ne veut pas savoir, si cela se produit dans telle ou telle condition, mais comment cette erreur est possible ».

Rêveries d'un visionnaire interprétées par des rêveries de la métaphysique

Velut ægri somnia, vanæ.
Finguntur species.

HORAT.

Note préliminaire qui promet très peu pour le développement

Le règne des ombres est le paradis des fantaisistes. Ici, ils trouvent un pays illimité où ils peuvent se fixer à leur gré. Des vapeurs hypocondriaques, des contes de nourrices et des miracles

de couvent ne les laissent pas manquer de matériaux. Les philosophes tracent le plan et le changent de nouveau ou le rejettent, suivant leur habitude. Seule, la Rome sainte y a des provinces fructueuses ; les deux couronnes de l'empire invisible soutiennent la troisième, comme le diadème fragile de sa majesté terrestre et les clés qui ouvrent les deux portes de l'autre monde ouvrent en même temps par sympathie les coffres du monde actuel. De telles prétentions du règne des esprits, pour autant que c'est prouvé par les raisons de la sagesse publique, s'élèvent loin au-dessus de toutes les objections impuissantes et doctrinaires, et leur emploi ou abus est déjà trop respectable pour avoir besoin de s'exposer à un examen si abject. Mais les récits du vulgaire, qui trouvent tellement de crédit et qui sont du moins si mal contestés, pourquoi circulent-ils si inutilement et impunément, et s'immiscent-ils même dans les doctrines, bien qu'ils ne peuvent réclamer pour eux la preuve de l'utilité (*argumentum ab utili*) qui est la plus convaincante de toutes ? Quel est le philosophe qui n'ait fait une fois la plus sottise figure qu'on puisse imaginer entre les affirmations d'un témoin oculaire raisonnable et fermement convaincu et la défense intime d'un doute insurmontable ? Doit-il refuser complètement la vérité de toutes ces apparitions d'esprit ? Que peut-il apporter comme raison pour les réfuter ?

Doit-il admettre comme vraisemblable un seul de ces récits ? Combien serait important un tel aveu, et quelle perspective étonnante pourrait-on avoir, si rien qu'un seul de ces événements pourrait être admis comme prouvé ! Il reste bien encore un troisième cas, à savoir de ne pas du tout se mêler de pareilles questions indiscrettes et oiseuses et de s'en tenir à l'utile. Mais parce que cette proposition est raisonnable, elle a été rejetée de tout temps de profonds savants à la majorité des voix.

Comme c'est de même un préjugé stupide de ne rien croire sans raison de quantités de choses qui sont rapportées avec quelque apparence de vérité, que de croire tout sans examen, de ce que raconte l'opinion publique, l'auteur de cet ouvrage, pour éviter le premier préjugé, se laissa entraîner en partie par le dernier. Il avoue, avec une certaine humilité, qu'il a été assez ingénu pour rechercher la vérité de quelques récits du genre mentionné. Il trouva — comme généralement où l'on n'a rien à chercher — il trouva rien. Or, cela est en soi-même bien une raison suffisante d'écrire un livre ; mais à cela s'ajoutait encore, ce qui a déjà arraché plusieurs fois des livres à de modestes auteurs, l'insistance impétueuse d'amis connus et inconnus. De plus, un gros

ouvrage avait été acheté, et, ce qui est encore pire, lu, et cette peine ne devait pas être perdue. De là naquit le traité actuel qui, comme on se flatte, doit donner tel qu'il est pleine satisfaction au lecteur, parce qu'il ne comprendra pas le plus important, ne croira pas l'autre, mais rira du reste.

Première partie qui est dogmatique

PREMIER CHAPITRE

Un nœud métaphysique compliqué qu'on peut dénouer ou trancher à son gré

Si l'on réunit tout ce que des esprits, l'écolier récite, ce que la foule raconte et le philosophe démontre, ce semble constituer une partie non petite de notre savoir. Néanmoins, j'ose affirmer que, s'il venait à l'esprit de quelques-uns de s'appesantir quelque peu sur la question, savoir qu'elle est précisément cette chose dont on croit tellement comprendre sous le nom d'un *esprit*, il mettrait tous ces puits de science dans l'embarras le plus pénible. Le bavardage méthodique des hautes écoles n'est souvent qu'une convention d'éviter une question difficile à résoudre par des dénominations variables, car le commode et par plus d'un côté raisonnable « je ne sais pas », n'est guère entendu dans les Académies. Certains grands maîtres, comme ils se font appeler volontiers, passent très facilement sur cette question. Un esprit, dit-on, est un être qui a de la raison. Ainsi, ce n'est donc pas un don miraculeux de voir des esprits ; car celui qui voit des hommes voit des êtres qui ont de la raison. Seulement, continue-t-on, cet être, qui a de la raison chez l'homme, n'est qu'une partie de l'homme et cette partie, qui l'anime, est un esprit. Eh bien ! alors : avant de prouver que seulement un être spirituel puisse avoir de la raison, prenez donc la peine que tout d'abord je comprenne quelle idée j'ai à me faire d'un être spirituel. Cette illusion, bien qu'assez grossière pour être remarquée les yeux entr'ouverts, est cependant d'une origine très compréhensible. Car, de ce qu'on sait de bonne heure beaucoup comme enfant, de cela on est sûr plus tard et dans la vieillesse de ne rien savoir, et l'homme profond et consciencieux devient finalement, tout au plus, le sophiste de la fantaisie de sa jeunesse.

Je ne sais donc pas s'il y a des esprits, bien mieux, je ne sais même pas ce que signifie le mot *esprit*. Comme cependant je l'ai

utilisé moi-même souvent ou entendu d'autres l'utiliser, on doit comprendre quelque chose là-dessous, que ce quelque chose soit une chimère ou quelque chose de réel. Pour dégager cette signification cachée, j'applique mon idée mal comprise à divers cas et du fait que je remarque auquel elle s'accorde et auquel elle s'oppose, j'espère dégager son sens caché (1).

Prenez, par exemple, un espace d'un pied-cube et mettez qu'il y ait quelque chose qui remplisse cet espace, c'est-à-dire qui résiste à la pénétration de toute autre chose, personne n'appellera *spirituel* ce qui est de telle façon dans l'espace. Cela s'appellerait manifestement *matériel*, parce qu'étendu, impénétrable et comme tout ce qui est physique, soumis à la divisibilité et aux lois du choc. Jusque-là, nous sommes encore sur les voies frayées par d'autres philosophes. Mais imaginez un être simple et donnez-lui de la raison ; est-ce qu'il remplira alors précisément le sens du mot *esprit* ? Afin de découvrir cela, je veux laisser la raison au dit être simple comme une propriété *interne*, mais pour le moment ne le considérer que sous ses rapports *externes*. Et maintenant, je demande : si je veux mettre cette substance simple dans cet espace d'un pied-cube, plein de matière, est-ce qu'alors un élément simple de celle-ci devra laisser la place afin que cet esprit la remplisse ? Pensez-vous oui ? Eh ! bien alors, l'espace imaginé devra, pour recevoir un deuxième esprit, perdre une deuxième particule élémentaire, et, si l'on continue, un pied-cube d'espace sera finalement rempli d'esprits, dont la masse résiste par l'impénétrabilité de la même façon que s'il était plein de matière et comme celle-ci doit suivre les lois du choc. Mais alors, de telles

(1) Si la conception d'un esprit était tirée de nos propres conceptions empiriques, le procédé de la rendre nette serait facile ; on n'aurait qu'à montrer les caractères que les sens nous révéleraient de cette espèce d'être et par lesquels nous les distinguons de choses matérielles. Or, on parle des esprits alors même si on doute qu'il y ait vraiment de tels êtres. Donc, l'idée d'une nature spirituelle ne peut pas être traitée comme abstraite de l'expérience. Mais, demandez-vous, comment est-on arrivé à cette idée sinon par abstraction ? Je réponds : beaucoup d'idées naissent de conclusions secrètes et obscures à l'occasion des expériences et se propagent ensuite à d'autres sans conscience de l'expérience même ou de la conclusion qui a érigé l'idée sur cette expérience. De telles idées peuvent être appelées insinuées. Il y en a beaucoup qui ne sont en partie rien qu'un délire d'imagination, en partie aussi sont vraies, car aussi des conclusions obscures ne sont pas toujours erronées. L'usage du langage et la liaison d'une expression avec différents récits dans lesquels on rencontre la même caractéristique capitale, lui donnent une signification définie, qui par conséquent ne peut être dégagée qu'en retirant de son obscurité ce sens caché par une comparaison avec divers cas d'application qui s'accordent avec lui ou qui s'y opposent.

substances, bien qu'elles soient douées de la raison, ne seraient cependant pas du tout différentes extérieurement des éléments de la matière, dont on ne connaît que les forces de leur présence externe et dont on ne connaît pas du tout ce qui appartient à leur propriété interne. Il est donc hors de doute que de telles substances simples ne soient pas appelées êtres spirituels, dont on pourrait agglomérer des masses. Vous ne pourrez, par conséquent, conserver l'idée d'un esprit que si vous vous imaginez des êtres qui peuvent être présents même dans un espace rempli de matière (1) ; donc, des êtres qui n'ont pas la propriété de l'impénétrabilité et dont on peut réunir autant qu'on veut, sans que jamais ils fassent un tout solide. Des êtres simples de cette espèce seront nommés des êtres immatériels et s'ils ont de la raison des esprits. Mais ces substances simples, dont la composition donne un tout impénétrable et étendu, seront nommées des unités matérielles, mais leur tout de la matière. Ou le nom d'un esprit est un mot sans aucun sens, ou sa signification est celle qui est indiquée.

Il y a encore une distance énorme de l'explication de ce que contient l'idée d'un esprit à la proposition que de telles natures soient réelles, même seulement possibles. On trouve, dans les écrits des philosophes, de très bonnes preuves auxquelles on peut se confier : que tout ce qui pense devrait être simple, que toute substance raisonnable serait une unité de la nature, et que le moi indivisible ne pourrait être réparti dans un tout composé de choses multiples. Par conséquent, mon âme sera une substance simple. Mais on n'a pas encore décidé, par cette preuve, si elle est de l'espèce de ces substances, qui, réunies dans l'espace, donnent un tout étendu et impénétrable, et donc matérielle, ou si elle est immatérielle et par conséquent un esprit, voire même si une telle espèce d'être, de telle qu'on la nomme *spirituelle*, est seulement possible.

Et à ce sujet, je ne peux m'empêcher de mettre en garde contre

(1) On remarque ici facilement, que je ne parle que d'esprits qui font partie de l'univers, et non de l'esprit infini, qui en est l'auteur et le conservateur. Car l'idée de la nature spirituelle du dernier est facile, parce qu'elle n'est que négative, et consiste en ce qu'on lui nie les propriétés de la matière qui s'opposent à une substance infinie et décidément nécessaire. Par contre, dans une substance spirituelle, qui doit être en union avec la matière, comme par exemple l'âme humaine, la difficulté se manifeste que je dois imaginer sa liaison réciproque avec des êtres physiques en un tout et cependant que je dois supprimer la seule espèce connue de liaison qui se produit entre des êtres matériels.

des décisions précipitées qui s'immiscent le plus facilement dans les questions les plus profondes et les plus obscures. Car ce qui appartient aux ordinaires concepts d'expérience est considéré communément, comme si on saisissait aussi sa possibilité. Mais de ce qui s'en écarte, et ne peut être rendu compréhensible par aucune expérience, pas même par analogie, on ne peut se faire évidemment aucune idée, et c'est pourquoi on a volontiers l'habitude de le rejeter tout de suite comme impossible. Toute matière résiste dans l'espace de sa présence et est donc nommée impénétrable. L'expérience enseigne que cela se passe, et c'est l'abstraction de cette expérience qui produit en nous l'idée générale de la matière. Mais cette résistance, que quelque chose oppose dans l'espace de sa présence, est de cette façon bien *reconnue*, mais pour cela non *conçue*. Car elle est, ainsi que tout ce qui résiste à une action, une véritable force, et comme sa direction s'oppose à celle, vers laquelle tendent les lignes tracées de l'*attraction*, elle est donc une force de *répulsion*, qui doit être attribuée à la matière et par conséquent aussi à ses éléments. Mais alors, tout homme raisonnable se résignera à ce que l'intelligence humaine soit là à son terme. Car seulement par l'expérience, on peut s'apercevoir, que des choses du monde, que nous appelons matériel, ont une force semblable, mais on ne peut jamais en saisir la possibilité. Si alors je mets des substances d'une autre sorte, qui sont présentes dans l'espace avec des forces autres que la force *agissante*, dont l'effet est l'impénétrabilité, je ne peux évidemment pas du tout imaginer *in concreto* une action de celles-ci, qui n'a aucune analogie avec mon expérience, et en leur prenant la propriété de remplir l'espace où elles agissent, il me manque une idée, par laquelle sont, d'ordinaire, pensables les choses, qui me tombent sous les sens, et une espèce d'inconcevabilité doit nécessairement en résulter. Mais celle-ci ne peut donc être considérée comme une impossibilité reconnue, précisément parce que la possibilité du contraire restera également inintelligible, bien que sa réalité tombe sous les sens.

On peut donc admettre la possibilité d'êtres immatériels sans le souci d'être réfuté, bien qu'aussi sans espoir de pouvoir prouver cette possibilité par des arguments rationnels. De telles natures spirituelles seraient présentes dans l'espace, de sorte que celui-ci, néanmoins, resterait pénétrable pour des êtres physiques, parce que leur présence impliquerait une *virtualité* dans l'espace, mais non son *remplissage*, c'est-à-dire une résistance, comme la cause de la solidité. Si l'on admet alors une telle substance spirituelle *simple*, on pourrait dire, sans préjudice de son

indivisibilité, que le lieu de sa présence immédiate n'est pas un point, mais même un espace. Car pour appeler l'analogie à l'aide, même les éléments simples des corps doivent nécessairement remplir un petit espace dans le corps, proportionné à toute l'étendue de celui-ci, car des points ne sont aucunement des parties, mais des limites de l'espace. Comme ce remplissage de l'espace se produit au moyen d'une force virtuelle (de la répulsion), et donc n'indique qu'un degré d'intensité plus grande, mais pas une multiplicité des composants du sujet agissant, il ne s'oppose aucunement à la nature simple de celui-ci, bien que cependant cette possibilité ne peut pas être rendue plus intelligible, comme toujours dans les phénomènes primordiaux des causes et des effets. De même, il n'y aura pas, du moins pour moi, d'impossibilité évidente, bien que la chose même reste inconcevable, si j'affirme qu'une substance spirituelle, bien que simple, *occupe* néanmoins un espace (c'est-à-dire peut agir en lui d'une façon immédiate), sans le *remplir* (c'est-à-dire résister en lui à des substances matérielles). Encore une telle substance immatérielle ne devrait pas être appelée étendue, aussi peu que les unités de la matière le sont ; car seulement est *étendu* ce qui, séparé de tout et existant *pour soi* seul, occupe un espace ; mais les substances, qui sont des éléments de la matière, n'occupent un espace que par l'action *extérieure* sur d'autres, mais pour elles particulièrement, où nulles autres choses ne sont conçues en association avec elles, et comme en eux-mêmes aussi on ne rencontre rien de co-existant, elles ne contiennent pas d'espace. Ceci est valable pour les éléments physiques. Ceci serait valable aussi pour les natures spirituelles. Les limites de l'étendue déterminent la figure. Aux natures spirituelles, on ne peut imaginer aucune figure. Voilà des raisons difficilement intelligibles de la possibilité prétendue d'êtres immatériels dans le tout cosmique. Celui qui possède des moyens plus faciles, qui pourraient conduire à cette connaissance, qu'il ne refuse pas son enseignement à celui qui est avide d'apprendre, devant les yeux duquel se dressent souvent des Alpes au cours de l'investigation, où d'autres voient devant eux un chemin uni et commode, qu'ils parcourent ou qu'ils croient parcourir.

Mettons qu'on ait prouvé que l'âme humaine soit un esprit (bien qu'on voit, de ce qui précède, qu'une telle preuve n'est encore jamais faite), la question suivante qu'on pourrait faire sera à peu près celle-ci : où est le lieu de cette âme humaine dans le monde physique ? Je répondrais : ce corps dont les modifications sont *mes* modifications, ce corps est *mon* corps, et

le lieu de celui-ci est en même temps *mon* lieu. Si l'on continue à demander : où est donc ton lieu (de l'âme) dans ce corps ? je supposerais quelque chose de captieux dans cette question. Car on remarque facilement que quelque chose y est déjà présumé qui n'est pas connu par expérience, mais repose peut-être sur des conclusions imaginaires : à savoir que mon moi pensant soit un lieu, qui se distinguerait des lieux d'autres parties de ce corps, qui appartient à mon moi. Mais personne n'a la conscience immédiate d'un lieu particulier dans son corps, mais de celui qu'il occupe en tant qu'homme par rapport au monde environnant. Donc je m'en tiendrais à l'expérience vulgaire et dirais provisoirement : où je sens, là je *suis*. J'existe aussi immédiatement dans la pointe des doigts que dans la tête. C'est moi-même qui souffre au talon et dont le cœur bat dans l'émotion. Je ne sens pas l'impression douloureuse dans un nerf du cerveau, quand mon cor au pied me tourmente, mais au bout de mes orteils. Aucune expérience ne m'apprend de tenir éloignées de moi certaines parties de ma sensation, d'emprisonner mon moi indivisible dans une petite place microscopique du cerveau, pour, de là, mettre en mouvement le levier de ma machine corporelle, ou d'en être atteint moi-même. C'est pourquoi je demanderais une preuve rigoureuse pour trouver absurde ce que les maîtres d'école disaient : *mon âme est en entier dans tout le corps et en entier dans chacune de ses parties*. Le bon sens remarque souvent la vérité, avant de saisir les raisons par lesquelles il peut la prouver et l'interpréter. De même, l'objection ne me confondrait pas complètement, si on disait que j'imaginerais de cette façon l'âme étendue et répandue dans tout le corps à peu près comme elle est représentée aux enfants dans le *monde figuré*. Car j'écarterais cet obstacle, en remarquant que la présence immédiate dans tout un espace n'apporte que la preuve d'une sphère de la virtualité extérieure, mais non d'une multiplicité des parties intérieures, donc aussi d'aucune extension ou figure, qui n'ont lieu que si dans un être, *mis pour lui seul*, il y a un espace, c'est-à-dire des parties qui co-existent les unes à côté des autres. Enfin, ou je saurais ce peu de la propriété spirituelle de mon âme, ou, si on ne l'accordait pas, je serais aussi content de n'en savoir rien du tout.

Si, à ces idées, on voulait reprocher l'inconcevabilité, ou, ce qui, pour la plupart, revient au même, l'impossibilité, je pourrais le laisser faire aussi. Puis je me mettrais au pied de ces sages, pour les entendre parler comme suit : l'âme de l'homme a son siège dans le cerveau, et une place indescriptiblement petite

dans celui-ci est son domicile (1). Là même, elle sent comme l'araignée au milieu de sa toile. Les nerfs du cerveau la choquent ou l'ébranlent, mais par cela, ils font que ce n'est pas cette impression immédiate, mais celle qui se produit sur des parties très éloignées du corps, qui est représentée cependant comme un objet existant hors du cerveau. De ce siège, elle meut aussi les cordes et les leviers de toute la machine et produit des mouvements volontaires à son gré. De telles propositions ne se laissent prouver que très superficiellement ou pas du tout, parce que la nature de l'âme n'est au fond pas assez connue, et ne se laissent réfutées qu'aussi faiblement. Donc je n'entrerais dans aucune discussion d'école, où, en général, les deux parties ont le plus à dire si elles ne comprennent rien du tout de leur sujet ; mais je suivrais seulement les conséquences auxquelles me peut conduire une doctrine de cette espèce. Parce que, d'après les propositions qu'on me préconise, mon âme, dans la manière dont elle est présente dans l'espace, ne serait différente d'aucun élément de la matière, et l'entendement est un propriété interne, que je ne pourrais pas percevoir dans ces éléments, même si on le rencontrait dans chacun d'eux, aucune raison valable ne pourrait être apportée, pourquoi mon âme ne serait pas une de ces substances, qui constituent la matière, et pourquoi ses manifestations

(1) On a des exemples de blessures, par lesquelles une bonne partie du cerveau a été perdue, sans que cela ait coûté à l'homme la vie ou les pensées. Selon l'idée habituelle que je cite ici, il aurait suffi d'enlever ou de déplacer un atôme du cerveau, pour tuer l'homme sur-le-champ. L'opinion courante d'accorder à l'âme une place dans le cerveau, paraît avoir principalement son origine dans le fait, qu'on sent nettement au cours d'une intense réflexion que les nerfs du cerveau sont fatigués. Mais si cette conclusion était juste, elle prouverait aussi d'autres lieux de l'âme. Dans l'angoisse ou dans la joie, le sentiment paraît avoir son siège dans le cœur. Beaucoup d'émotions, même la plupart manifestent leur intensité la plus forte dans le diaphragme. La compassion émeut les entrailles, et d'autres instincts surgissent et se font sentir dans d'autres organes. La cause, qui fait qu'on croit sentir l'âme *pensante* surtout dans le cerveau est peut-être la suivante. Toute réflexion exige l'intervention des *symboles* des idées à évoquer, pour leur donner le degré nécessaire de clarté en les accompagnant et les soutenant. Mais les symboles de nos représentations sont principalement ceux qui sont reçus soit par l'ouïe, soit par la vue, deux sens qui sont émus par les impressions dans le cerveau, du fait que leurs organes sont situés le plus près de lui. Si alors l'évocation de ces symboles que Cartesius appelle *ideas materiales*, est précisément une excitation des nerfs à un mouvement semblable à celui que la sensation provoquait autrefois, le tissu du cerveau dans la réflexion sera obligé en premier lieu de vibrer à l'unisson des impressions précédentes et en sera fatigué. Car si la pensée est en même temps affective, on ne sent pas seulement des efforts du cerveau, mais en même temps des atteintes des parties excitables qui, par ailleurs, sont en sympathie avec les représentations de l'âme saisie par la passion.

particulières ne devraient pas provenir seulement du lieu qu'elle occupe dans une machine artificielle telle que le corps animal, où la réunion des nerfs vient à l'aide à la faculté interne de la pensée et de la volonté. Mais alors, on ne reconnaîtrait plus avec certitude aucun caractère propre de l'âme, qui la distinguerait de la matière brute des natures physiques, et la plaisanterie de Leibniz, suivant laquelle nous avalerions dans le café des atômes, d'où doivent naître des âmes humaines, ne serait plus une pensée pour rire. Mais le moi pensant ne serait-il pas, dans ce cas, soumis au sort commun des natures matérielles, et, de même qu'il a été retiré par le hasard du chaos de tous les éléments, pour animer une machine animale, pourquoi ne devrait-il pas, à l'avenir, après que cette réunion fortuite a cessé, aussi y retourner de nouveau ? Il est parfois nécessaire d'effrayer le penseur, qui fait fausse route, par les conséquences, afin qu'il devienne plus attentif aux principes, par lesquels il s'est laissé entraîner en rêvant.

J'avoue que je suis très enclin d'affirmer l'existence de natures immatérielles dans le monde, et de ranger mon âme même dans la classe de ces êtres (1). Mais alors, combien mystérieuse ne devient pas l'union d'un esprit et d'un corps ? Mais combien naturelle n'est pas à la fois cette inconcevabilité, car nos idées d'actions extérieures ont été tirées de la matière et elles sont associées toujours aux conditions de l'impression ou du choc, qui ne se produisent pas ici ? Car comment devrait, une substance immatérielle, faire obstacle à la matière de sorte que celle-ci, dans son mouvement, se heurte à un esprit et comment des choses physiques peuvent-elles exercer des effets sur un être hétérogène, qui ne leur oppose pas de l'impénétrabilité, ou qui

(1) La raison de cela, qui m'est à moi-même très obscure, et qui vraisemblablement le restera aussi, se rapporte en même temps à l'être sentant des animaux. Ce qui dans le monde contient un principe de la *vie* paraît être un être immatériel. Car chaque *vie* repose sur le pouvoir interne de se déterminer soi-même selon la *volonté*. Comme d'autre part le caractère essentiel de la matière consiste dans le remplissage de l'espace par une force nécessaire, qui est limitée par une réaction extérieure, l'état de tout ce qui est matériel est donc *dépendant* et *contraint* extérieurement, mais ces natures, qui *spontanément* et par leur force interne doivent contenir effectivement le principe de la *vie*, bref ces natures, dont la propre volonté est à même de se déterminer et de se transformer d'elle-même, peuvent être difficilement de nature matérielle. On ne peut raisonnablement demander qu'une sorte d'être si inconnue, qu'on ne reconnaît en général que d'une façon hypothétique, doive être saisie dans les catégories de ses différentes espèces ; du moins ces êtres immatériels, qui contiennent le principe de la *vie* animale, sont distincts de ceux qui, dans leur spontanéité, comprennent la raison et sont nommés des esprits.

ne les empêche, d'aucune façon, de se trouver en même temps dans le même espace où il est présent ? Il semble qu'un être spirituel soit étroitement présent dans la matière avec laquelle il est réuni, et qu'il n'agisse pas sur les forces des éléments au moyen desquelles ceux-ci sont en rapport mutuel, mais sur le principe interne de la matière. Car chaque substance, même un élément simple de la matière, doit donc avoir une activité interne quelconque, comme principe de l'action externe, bien que je ne puis indiquer en quoi il consiste (1). D'autre part, selon de tels principes, l'âme reconnaîtrait intuitivement aussi, dans ces conditions internes en tant qu'effets, l'état de l'univers, qui est leur cause. Mais quelle nécessité ferait qu'un esprit et un corps font ensemble une unité, et quelles raisons, dans certaines lésions, supprimeraient cette unité de nouveau, ce sont des questions qui dépassent, en même temps que certaines autres, de très loin mon intelligence, et pour si peu audacieux que je sois aussi, par ailleurs, de mesurer ma puissance d'entendement aux secrets de la nature, je suis cependant assez confiant pour ne pas craindre un adversaire aussi terriblement armé qu'il soit (si j'avais, par ailleurs, quelque disposition à la polémique), afin de faire avec lui, dans ce cas, l'essai d'arguments contraires et le *réfuter*, essai qui, chez les savants, est précisément l'habileté de démontrer réciproquement l'ignorance.

DEUXIÈME CHAPITRE

Un fragment de la philosophie secrète d'entrer en communauté avec le monde des esprits

L'initié a déjà habitué l'intelligence grossière et tributaire des sens externes à des idées plus élevées et abstraites, et maintenant, il peut voir des formes spirituelles et dépouillées de leur appareil physique dans cette aube, grâce à laquelle la faible lueur de la

(1) Leibniz disait que ce principe interne de toutes les conditions externes et de toutes leurs modifications serait la *perception* et des philosophes ultérieurs accueillaient cette idée esquissée en souriant. Mais ils n'auraient pas mal fait de se demander auparavant, si donc une substance, telle qu'une partie simple de la matière, soit possible sans aucun état intérieur, et si alors ils ne voulaient pas cependant l'exclure, ils auraient été obligés d'imaginer quelque autre état interne que celui des perceptions et des activités qui en dépendent. Chacun reconnaît de lui-même que même, si on accorde aux parties élémentaires simples de la matière un pouvoir de perceptions obscures, il ne s'ensuit pas encore un pouvoir de représentation de la matière même, parce que beaucoup de substances de telle espèce, liées en un tout ne peuvent jamais constituer une unité pensante.

métaphysique rend visible le règne des ombres. Nous voulons donc, après la préparation pénible qu'on a surmontée, nous hasarder sur la route dangereuse.

Ibant Obscure sola sub nocte per umbras,
Perque domos Ditis vacuas et inania regna.

VIRGILIUS.

La matière *brute*, qui remplit l'espace cosmique, est, de par sa nature propre, en état d'inertie et d'invariabilité, elle a de la solidité, de l'extension et de la forme, et ses phénomènes, qui reposent sur tous ces principes, admettent une explication physique, qui est en même temps mathématique et ensemble est appelée *mécanique*. Si, d'autre part, on dirige son attention sur cette espèce d'êtres, qui contiennent le principe de la *vie* dans l'univers, qui, de ce fait, ne sont pas de nature à augmenter comme composants la masse et l'extension de la matière inerte, ni à en souffrir suivant les lois du contact et du choc, mais plutôt à s'animer eux-mêmes par activité interne, et à animer en outre la matière brute de la nature, on sera convaincu, sinon avec la netteté d'une démonstration, du moins avec le pressentiment d'un entendement assez exercé, de l'existence d'êtres immatériels, dont les lois particulières d'action sont nommées *pneumatiques* et, pour autant que les êtres physiques sont des causes intermédiaires de leurs effets dans le monde matériel, *organiques*. Comme ces êtres immatériels sont des principes spontanés, donc des substances et des natures existantes d'elles-mêmes, la conclusion à laquelle on aboutit d'abord est celle-ci : que, réunis immédiatement, ils font peut-être entre eux un grand tout, qu'on peut nommer le monde immatériel (*mundus intelligibilis*). Car à quel titre de probabilité voudrait-on bien affirmer que de tels êtres de nature semblable ne pourraient être en communication que par l'intermédiaire d'autres êtres (choses physiques), de caractère étranger, vu que ce dernier fait est encore beaucoup plus mystérieux que le premier ?

Donc, ce monde *immatériel* peut être considéré comme un tout existant pour lui-même, dont les parties sont en liaison réciproque et en union, même sans intermédiaire de choses physiques, de sorte que ce dernier rapport est fortuit et ne peut être propre qu'à quelques-uns, et même, où il est encore rencontré, n'empêche pas que justement les êtres immatériels, qui agissent les uns sur les autres par l'intermédiaire de la matière, sont hors de lui encore dans une union spéciale et universelle, et exercent de tout

temps, en tant qu'êtres immatériels, des influences réciproques, de sorte que leur rapport avec la matière est seulement fortuit et repose sur une disposition divine spéciale, tandis que l'autre union est naturelle et indissoluble.

Donc, en mettant ensemble de cette façon tous les principes de la vie dans la nature entière comme autant de substances immatérielles en communauté, mais aussi réunies en partie avec la matière, on imagine un grand tout du monde immatériel, une échelle incommensurable et inconnue d'êtres et de natures actives par lesquels seule la matière inerte du monde physique est animée. Mais il est peut-être impossible de déterminer jamais avec certitude jusqu'à quelles espèces de la nature la vie s'étend, et quels sont ses degrés qui touchent d'abord à l'inanimé complet. L'*Hylozoïsme* anime tout, le *matérialisme*, par contre, au sens strict, tue tout. *Maupertuis* accorde aux particules organiques nutritives de tous les animaux le degré le plus bas de vie ; d'autres philosophes n'y voient que des masses mortes, qui ne servent qu'à augmenter le levier des machines animales. Le caractère indubitable de la vie, de ce qui tombe sous nos sens externes, est bien le mouvement libre, qui fait voir qu'il est né de la volonté ; seulement, on ne peut pas conclure avec certitude que, où on ne rencontre pas ce caractère, il n'y a aucun degré de vie. *Boerhaave* dit à un endroit : *l'animal est une plante, qui a ses racines dans l'estomac* (à l'intérieur). Un autre pourrait peut-être, de même sans blâme, jouer avec ces idées et dire : *la plante est un animal qui a son estomac dans la racine* (à l'extérieur). C'est pourquoi aussi les organes du mouvement volontaire et avec eux les caractères externes de la vie, qui sont pourtant nécessaires au premier, peuvent manquer aux dernières, parce qu'un être, qui a en lui les organes de sa nutrition doit pouvoir se mouvoir lui-même selon son besoin, mais celui, chez lequel ceux-ci sont à l'extérieur et plonge dans l'élément de son entretien, est déjà suffisamment conservé par des forces extérieures, et, bien qu'il contienne un principe de la vie interne dans la végétation, n'a cependant pas besoin d'aucun appareil organique pour l'activité volontaire externe. Je ne réclame rien de tout cela en m'appuyant sur des preuves, car, outre que j'aurais très peu à dire à l'avantage de telles suppositions, elles ont encore, en tant que fantaisies poudreuses et surannées, la moquerie de la mode contre elles. Les anciens croyaient, en effet, pouvoir admettre trois sortes de vies, la vie *végétale*, la vie *animale* et la vie *raisonnable*. S'ils réunissaient les trois principes immatériels de celles-ci dans l'homme, ils pouvaient bien avoir tort, mais s'ils les répartissaient entre les

trois genres différents des créatures croissantes et engendrant leurs pareils, ils disaient évidemment quelque chose d'indémontrable, mais par cela encore rien d'absurde, surtout dans le jugement de celui qui voulait prendre en considération la vie particulière des parties isolées de quelques animaux, l'irritabilité, cette propriété si bien démontrée, mais aussi à la fois si inexplicable des fibres d'un corps animal et de quelques végétaux, et enfin l'étroite affinité des polypes et d'autres zoophytes avec les végétaux. D'ailleurs la référence à des principes immatériels est un refuge de la philosophie paresseuse, et il faut donc éviter autant que possible la façon d'expliquer de ce genre, pour qu'on puisse reconnaître dans toute leur ampleur les causes des phénomènes qui reposent sur les lois du mouvement de la pure matière, et qui aussi sont seules concevables. Néanmoins, je suis convaincu que *Stahl*, qui donne volontiers une explication organique aux modifications animales, est souvent plus proche de la vérité que *Hofmann*, *Boerhaave* et d'autres, qui excluent les forces immatérielles, qui se tiennent aux causes mécaniques et qui suivent en cela une méthode plus philosophique, qui, évidemment, s'égare parfois, mais souvent est juste et qui, seule aussi dans la science, est d'un emploi utile, comme d'autre part de l'influence des êtres de nature incorporelle on ne peut reconnaître tout au plus qu'elle existe, mais jamais, comment elle se produit et jusqu'où s'étend son effet.

Ainsi donc le monde immatériel comprendrait tout d'abord toutes les intelligences créées, dont quelques-unes sont réunies avec la matière en une personne, mais d'autres pas, en outre, les sujets sensibles dans toutes les espèces animales et enfin tous les principes de la vie, qui peuvent encore exister quelque part dans la nature, bien que cette vie ne se manifeste pas par les caractères extérieures du mouvement volontaire. Toutes ces natures immatérielles, dis-je, qu'elles exercent leurs influences dans le monde physique ou non, tous les êtres raisonnables, dont l'état fortuit est animal, que ce soit ici sur la terre ou dans d'autres corps célestes, qu'ils animent la matière à présent ou à l'avenir, ou qu'ils l'aient animée auparavant, se trouveraient dans une communauté conforme à leur nature, dans une communauté qui ne repose pas sur les conditions, par lesquelles le rapport des corps est limité, et où disparaît la distance des lieux ou des temps, qui constitue dans le monde visible, le grand abîme, qui supprime toute communauté. C'est pourquoi l'âme humaine devrait être déjà considérée dans la vie actuelle comme liée à deux mondes à la fois, dont, pour autant qu'elle est unie avec un corps en unité

personnelle, elle en sent nettement que le matériel, par contre en tant que membre du monde des esprits, elle reçoit et émet les seules influences des natures immatérielles, de sorte que, aussitôt que cette liaison a cessé, la communauté, dans laquelle elle se trouve de tout temps avec des natures spirituelles, subsiste seule et devrait offrir à sa conscience une claire intuition (1).

Il devient petit à petit pénible de parler toujours le langage prudent de la raison. Pourquoi ne devrait-il pas m'être permis de parler sur un ton académique, qui est plus décisif et qui débarrasse et l'auteur et le lecteur de la réflexion, qui ne doit les conduire tôt ou tard qu'à une indécision désagréable. Il est donc presque démontré, ou pourrait être facilement prouvé, si on voulait être circonstancié, ou encore mieux, sera encore prouvé à l'avenir, je ne sais ni où, ni quand que : l'âme humaine est aussi dans cette vie dans une communauté indissoluble avec toutes les natures immatérielles du monde des esprits, que, réciproquement, elle agit sur celles-ci et reçoit d'elles des impressions, dont elle n'est pas consciente cependant en tant qu'homme, aussi longtemps que tout va bien. D'autre part, il est aussi probable que les natures spirituelles ne peuvent avoir consciemment aucune impression sensorielle immédiate du monde physique, parce qu'elles ne sont unies avec aucune partie définie de la matière dans une personne, pour, au moyen de cette partie, se rendre conscientes du lieu dans le tout cosmique matériel et par des organes appropriés du rapport des êtres étendus vis-à-vis d'elles et vis-à-vis d'eux, mais qu'elles peuvent cependant entrer dans les âmes des hommes comme êtres de même nature et qu'elles sont réellement de tout temps avec eux en communauté réciproque, mais de telle façon, que, dans la communication des repré-

(1) Si on parle du ciel comme du siège des bienheureux, l'opinion habituelle le place volontiers au-dessus d'elle, en haut dans l'espace cosmique infini. Mais on ne réfléchit pas que notre terre, vue de cette région, apparaît aussi comme un des astres du ciel, et que les habitants d'autres mondes pourraient, avec autant de bonne raison, nous montrer et dire : voyez là le lieu des joies éternelles et un domicile céleste, qui est préparé, pour nous recevoir à l'avenir. C'est une chimère curieuse qui fait, que le haut vol, que l'espérance prend, est toujours associé à l'idée de la montée, sans réfléchir, que, aussi haut qu'on soit monté, on est cependant obligé de redescendre, pour au besoin prendre pied dans un autre monde. Mais d'après les idées citées, le ciel serait précisément le monde des esprits, ou si l'on veut, la partie bienheureuse de celui-ci, et on aurait à le chercher ni au-dessus, ni au-dessous de soi parce qu'un tel tout immatériel ne doit pas être imaginé d'après les éloignements ou les rapprochements par rapport aux choses physiques, mais selon des liaisons spirituelles de ses parties entre elles ; du moins les membres de ce monde ne sont conscients d'eux-mêmes que d'après de tels rapports.

sentations, celle qui contient en elle l'âme en tant qu'un être dépendant du monde physique, ne peut passer à d'autres êtres spirituels et que les idées de ces derniers, en tant que représentation intuitive de choses immatérielles, ne peuvent pas passer dans la conscience claire de l'homme, tout au moins pas dans leur caractère propre, parce que les matériaux des deux idées sont de nature différente.

Ce serait beau, si une telle constitution systématique du monde des esprits, comme nous l'imaginons, pouvait être déduite non seulement de l'idée de la nature spirituelle en général, qui est vraiment trop hypothétique, mais d'une observation quelconque réelle et généralement admise, ou même seulement présumée vraisemblable. C'est pourquoi, en m'appuyant sur l'indulgence du lecteur, j'ose intercaler ici un essai de ce genre, qui, évidemment, est un peu hors de mon sujet, et est aussi suffisamment éloigné de l'évidence, mais qui, cependant, semble provoquer des conjectures non désagréables.

Parmi les forces qui remuent le cœur humain, quelques-unes des plus puissantes semblent être en dehors de lui, à savoir des forces qui, par conséquent, ne se rapportent pas comme seuls moyens à l'intérêt et au besoin personnel comme un but, qui se trouve *dans* l'homme même, mais qui font que les tendances de nos émotions placent le foyer de leur union en *dehors de nous* dans d'autres êtres raisonnables ; d'où naît un conflit de deux forces, à savoir de l'égoïsme qui rapporte tout à soi-même et de l'altruisme par lequel l'esprit est poussé ou tiré vers d'autres en dehors de lui. Je ne m'arrête pas à la tendance, grâce à laquelle nous dépendons si fort et si généralement du jugement d'autrui, et grâce à laquelle nous considérons l'approbation étrangère ou l'applaudissement si nécessaire à la perfection du nôtre, devant nous-même, d'où, bien que parfois naisse un orgueil mal compris, cependant l'on peut saisir, même dans l'esprit le plus désintéressé et le plus sincère, un trait secret, de comparer, ce que l'on reconnaît pour soi-même comme *bon* ou *vrai*, avec le jugement d'autrui, pour les accorder, de tenir pour ainsi dire chaque âme humaine sur le chemin de la connaissance, si elle semble prendre une autre route que celle que nous avons prise ; tout cela est peut-être une dépendance ressentie de tous nos propres jugements de *l'entendement général humain*, et devient un moyen, de procurer, à l'ensemble des êtres pensants, une espèce d'unité rationnelle.

Mais je passe sur cette considération, par ailleurs importante,

et je m'en tiens pour le moment à une autre, qui est plus évidente et importante en ce qui concerne notre intention. Si nous rapportons les choses extérieures à notre besoin, nous ne pouvons le faire, sans nous sentir en même temps lié et restreint par un certain sentiment, qui nous fait remarquer qu'une volonté étrangère agit pour ainsi dire en nous, et que notre propre volonté a besoin de la condition de l'approbation extérieure. Une puissance étrangère nous oblige à orienter notre intention en même temps vers le bien d'autrui ou d'après la volonté étrangère, bien que cela se produise souvent non volontiers, et répugne fortement à la tendance égoïste, et le point, où convergent les directions de nos tendances, n'est donc pas seulement en nous, mais il y a encore des forces, qui nous meuvent, dans la volonté d'autrui en dehors de nous. De là naissent les tendances morales, qui souvent nous entraînent à l'encontre de l'approbation de notre égoïsme, la loi puissante du devoir et celle plus faible de la bonté, dont chacune nous arrache bien des sacrifices, et bien que parfois les deux sont contrebalancées par des tendances égoïstes, cependant ne manquent jamais dans la nature humaine de manifester leur action. Par cela, nous nous voyons dépendants dans les mobiles les plus secrets de *la règle de la volonté générale*, et il en résulte, dans le monde de toutes les natures pensantes, une *unité morale* et une constitution systématique, selon les lois purement spirituelles. Si l'on veut appeler cette contrainte ressentie en nous d'accorder notre volonté avec la volonté générale, le *sentiment moral*, on en parle seulement comme d'un phénomène, de ce qui se passe en nous réellement, sans en déterminer les causes. Ainsi, *Newton* appelait la *gravitation*, la loi certaine des tendances de toute matière de s'attirer, en évitant de mêler ses démonstrations mathématiques à une participation fâcheuse aux conflits philosophiques qui pourraient se produire sur les causes de celle-ci. Cependant, il n'eut pas de scrupule, de traiter cette gravitation comme un véritable effet d'une activité générale de la matière, et lui donna aussi, par conséquent, le nom de *l'attraction*. Ne devrait-il pas être possible d'imaginer le phénomène des tendances morales dans les natures pensantes, tel que celles-là se rapportent réciproquement les unes aux autres, également comme le résultat d'une force vraiment active, par laquelle les natures spirituelles s'influencent mutuellement, de sorte que le sentiment moral serait cette *dépendance ressentie* de la volonté privée à l'égard de la volonté générale et une conséquence de l'action réciproque naturelle et générale, par laquelle le monde matériel obtient son unité morale, en se formant, selon les lois de cette

constitution propre à lui, en un système de perfection spirituelle ? Si l'on accorde à ces idées autant de vraisemblance qu'il est nécessaire, pour qu'il vaille la peine de les mesurer à leurs conséquences, on sera peut-être mêlé, insensiblement par leur attrait, dans quelque parti pris contre elles. Car, dans ce cas, la plupart des contradictions semblent disparaître, qui par ailleurs sautent si étrangement aux yeux par l'opposition des conditions morales et physiques des hommes ici-bas. Selon l'ordre de la nature, toute moralité des actions ne peut jamais avoir son effet complet dans la vie physique de l'homme, mais bien dans le monde des esprits, selon des lois pneumatiques. Les vraies intentions, les raisons secrètes de nombre de tendances inefficaces par impuissance, la victoire sur soi-même, ou aussi parfois la malice cachée dans des actions apparemment bonnes sont, pour la plupart, perdues pour le résultat physique dans l'état corporel, mais elles devraient être considérées de cette façon dans le monde immatériel comme des raisons suffisantes et, en considération de celles-ci, elles devraient exercer, selon des lois pneumatiques par suite de la liaison de la volonté privée et de la volonté générale, c'est-à-dire de l'unité et du tout du monde des esprits, un effet conforme à la propriété morale de la volonté libre, ou aussi le recevoir réciproquement. Car, parce que le côté moral de l'action concerne l'état interne de l'esprit, il ne peut évidemment aussi entraîner après lui que seulement dans la communauté immédiate des esprits l'effet adéquat à toute la moralité. Par cela, il se produirait alors, que l'âme de l'homme devrait prendre déjà dans cette vie, par suite de l'état moral, sa place parmi les substances spirituelles de l'univers, ainsi que, selon les lois du mouvement, les matières de l'espace cosmique se rangent les unes par rapport aux autres de la façon conforme à leurs forces physiques (1). Lorsqu'enfin la communauté de l'âme avec le monde physique est supprimée par la mort, la vie dans l'autre monde ne serait qu'une continuation naturelle de cette union où elle s'est trouvée déjà avec elle dans cette vie et toutes les conséquences de la moralité manifestée ici se retrouveraient là dans les effets, qu'un être qui est en communauté indissoluble avec tout le monde des esprits a déjà

(1) Les actions réciproques de l'homme et du monde des esprits provenant de la moralité, actions qui se font selon les lois de l'influence pneumatique, pourraient se trouver dans ce fait, qu'il en sortirait d'une façon naturelle une communauté plus intime d'une âme bonne ou méchante avec des esprits bons ou méchants, et que ceux-là par cela s'associeraient à la partie de la république spirituelle, qui est conforme à leur structure morale, avec la participation à toutes les conséquences qui peuvent en naître selon l'ordre de la nature.

exercé auparavant la même d'après des lois pneumatiques. Le présent et l'avenir seraient donc, pour ainsi dire, d'un seul morceau et constitueraient un tout continu, même selon *l'ordre de la nature*. Ce dernier fait est d'une importance particulière. Car il y a une grande difficulté dans une hypothèse basée seulement sur la raison, si, pour écarter l'inconvénient qui naît de l'harmonie imparfaite entre la moralité et ses conséquences dans ce monde, on est obligé de se réfugier dans une volonté extraordinaire et divine : parce que, aussi juste que puisse être le jugement sur cette volonté selon nos idées de la sagesse divine, il reste toujours un soupçon prononcé, d'appliquer peut-être, d'une façon très fautive, les faibles idées de notre entendement à l'Être suprême, car le devoir de l'homme n'est que de juger de la volonté divine d'après l'harmonie qu'il perçoit réellement dans le monde, ou qu'il peut y supposer selon l'analogie suivant l'ordre de la nature, mais il n'a pas le droit, selon le plan de sa propre sagesse, qu'il prescrive en même temps à la sagesse divine d'imaginer des arrangements nouveaux et arbitraires dans le monde présent ou à venir.

Nous remettons maintenant notre discussion dans le précédent chemin, et nous nous approchons du but que nous nous étions proposé. S'il en va du monde des esprits et de la part que notre âme y a, comme l'exposé que nous avons fait le représente : presque rien ne semble être plus singulier que la communauté des esprits ne soit pas une chose tout à fait générale et ordinaire, et que l'extraordinaire concerne presque plus la rareté des phénomènes que leur possibilité. Cependant, cette difficulté peut être supprimée assez bien et a été supprimée aussi déjà en partie. Car l'idée que l'âme de l'homme a d'elle-même comme d'un esprit par une intuition immatérielle, en se contemplant en rapport avec des êtres de nature semblable, est tout à fait différente de celle où sa conscience se représente elle-même comme un *homme* par une image, qui a son origine dans l'impression des organes physiques, et qui est représentée en relation avec aucun autre objet que matériel. Il est donc évidemment le même sujet, qui appartient comme un membre au monde visible et invisible à la fois, mais pas la même personne, parce que les représentations de l'une à cause de leur nature différente ne forment aucune idée concomitante de celles de l'autre monde, et donc, de ce que je pense en tant qu'esprit n'est pas rappelé par moi en tant qu'homme, et inversement, mon état d'homme n'est aucunement dans la représentation de moi-même en tant qu'esprit. Du reste,

les idées du monde des esprits peuvent être aussi claires et concrètes que l'on veut (1), cela n'est cependant pas suffisant pour m'en rendre compte en tant qu'homme ; de même que l'idée de soi-même (c'est-à-dire de l'âme) comme d'un esprit est acquise par les conclusions, mais n'est une idée concrète et empirique chez aucun homme.

Cette dissemblance des idées spirituelles et de celles qui appartiennent à la vie physique de l'homme, ne doit pas être considérée cependant comme un si grand obstacle, qu'elle supprime toute possibilité de se rendre compte parfois des influences de la part du monde des esprits, même dans cette vie. Car elles peuvent passer dans la conscience personnelle de l'homme, sinon d'une façon immédiate, mais de telle sorte, qu'elles animent, selon la loi des idées associées, ces images, qui sont apparentées à elles et qui éveillent des représentations analogues de nos sens, qui ne sont évidemment pas la notion spirituelle même, mais cependant leurs symboles. Car c'est donc toujours la même substance, qui appartient comme un membre à ce monde aussi bien qu'à l'autre, et les deux espèces de représentations appartiennent au même sujet et sont associées ensemble. Nous pourrions rendre quelque peu saisissable cette possibilité, si nous considérons, comme nos idées rationnelles élevées, qui s'approchent passablement des

(1) On peut interpréter cela par une espèce de personnalité double, qui convient à l'âme même par rapport à cette vie. Certains philosophes prétendent pouvoir en appeler sans le moindre souci à l'état du sommeil profond, lorsqu'ils veulent prouver la réalité des idées obscures, cependant qu'on ne peut rien dire de plus de cela avec certitude, si ce n'est qu'à l'état de veille nous ne nous rappelons d'aucune des idées, que nous aurions pu avoir dans le sommeil profond, et qu'il en suit qu'elles ne sont pas représentées clairement au réveil, mais nullement, qu'elles étaient obscures, même lorsque nous dormions. Je présume bien plus, qu'elles peuvent être plus claires et détaillées que même les plus claires à l'état de veille : parce que dans le repos complet des sens externes, il faut s'attendre à cela d'un être aussi actif qu'est l'âme, bien que, comme le corps de l'homme n'est pas ressenti pendant ce temps, au réveil la représentation concomitante de ce corps fait défaut, qui pourrait faire venir à la conscience l'état précédent des pensées comme appartenant à la même personne. Les agissements de quelques somnambules, qui parfois montrent dans un tel état plus d'entendement que d'habitude, bien qu'ils se rappellent de rien au réveil, confirment la possibilité de ce que je présume du sommeil profond. Par contre, les rêves, c'est-à-dire les représentations du dormeur, dont il se souvient au réveil, n'entrent pas dans ce sujet. Car alors l'homme ne dort pas complètement : il sent jusqu'à un certain point clairement et tisse ses actions mentales dans les impressions des sens externes. C'est pourquoi il s'en souvient en partie plus tard, mais aussi n'y rencontre rien que des chimères fantastiques et absurdes, comme il faut qu'elles soient nécessairement, comme en elles des idées de l'imagination sont entremêlées avec celles de la sensation externe.

idées spirituelles, prennent, pour ainsi dire, d'habitude, un vêtement physique pour devenir claires. C'est pourquoi les propriétés morales de la divinité sont imaginées sous les représentations de la colère, de la jalousie, de la miséricorde, de la vengeance, etc. ; c'est pourquoi les poètes personnifient les vertus, les vices ou d'autres propriétés de la nature, mais de telle sorte que la vraie idée de l'entendement transparaisse ; ainsi, le géomètre représente le temps par une droite, bien que l'espace et le temps n'aient de coïncidence que dans les rapports, et donc bien s'accordent suivant l'analogie, mais jamais suivant la qualité ; c'est pourquoi l'idée de l'éternité divine prend, même chez les philosophes, l'apparence d'un temps infini, quelle que soit la peine qu'on prend de ne pas les mélanger, et une grande raison pour laquelle les mathématiciens sont généralement opposés à accepter les monades de Leibniz est bien celle qu'ils ne peuvent pas s'empêcher de se les représenter comme de petites masses. C'est pourquoi il n'est pas invraisemblable, que des sensations spirituelles puissent passer dans la conscience, si elles excitent des fantaisies qui leur sont associées. De cette façon, des idées, qui sont communiquées par une influence spirituelle, se revêtiraient des symboles du langage, dont l'homme se sert par ailleurs, la présence sentie d'un esprit revêtirait l'image d'une *forme humaine*, l'ordre et la beauté du monde immatériel se traduiraient par des fantaisies qui, par ailleurs, amusent nos sens dans la vie, etc...

Ce genre de phénomène ne peut pas être quelque chose d'ordinaire et d'habituel, mais se produit seulement chez des personnes, dont les organes (1) ont une excitabilité extraordinairement grande, de renforcer les images de la fantaisie suivant l'état interne de l'âme par un mouvement harmonique plus que cela se produit ordinairement chez des hommes sains, et aussi doit se produire. De telles singulières personnes seraient, en certains moments, aux prises avec l'apparence de nombre d'objets comme hors d'eux, qu'ils prendraient pour une présence de natures spirituelles, qui tomberait sous leurs sens physiques, bien qu'il ne se produise là qu'une chimère de l'imagination, de cette façon cependant, que sa cause est une véritable influence spirituelle, qui ne peut pas être sentie immédiatement, mais ne se manifeste à la conscience que par des images associées à la fantaisie, qui prennent l'apparence des sensations.

(1) Je ne comprends pas par cela les organes de la sensation externe, mais le sensorium de l'âme, comme on l'appelle, c'est-à-dire cette partie du cerveau dont le mouvement accompagne d'ordinaire les diverses images et représentations de l'âme pensante, suivant les philosophes.

L'éducation, où aussi nombre de chimères insinuées par ailleurs joueraient ici leur rôle, où l'illusion est entremêlée à la vérité et à la base, est bien une véritable sensation spirituelle, qui est cependant transformée en fantôme des objets sensoriels. Mais on accordera aussi, que la faculté de développer de cette façon des impressions du monde des esprits dans cette vie jusqu'à une intuition nette, ne peut guère servir à quelque chose ; parce qu'alors, la sensation spirituelle est nécessairement enchevêtrée si étroitement dans la chimère de la fantaisie, qu'il doit être impossible de distinguer le vrai des illusions grossières qui l'entourent. De même, un tel état, comme il suppose une altération de l'équilibre des nerfs qui sont mis en mouvement non naturel, même par l'activité de l'âme, qui ne sent que spirituellement, indiquerait une véritable maladie. Enfin, il ne serait pas du tout étonnant de trouver chez un visionnaire, en même temps, un homme fantastique, du moins en considération des images concomitantes à ses fantasmes, parce que des idées qui, d'après leur nature, sont étranges et incompatibles avec celles de l'état physique de l'homme, se font jour, et entraînent dans la sensation externe des images mal associées par lesquelles des chimères déchainées et des balivernes bizarres sont élucubrées, qui, en longue traine, leurrent les sens abusés, bien qu'elles puissent avoir à la base une véritable influence spirituelle.

Dès lors, on ne peut être embarrassé de donner d'apparents arguments rationnels à des histoires de revenants, que les philosophes rencontrent si souvent, de même à toutes sortes d'influences des esprits, dont on parle çà et là. Des âmes mortes et des esprits purs ne peuvent jamais être présents à nos sens externes, ni par ailleurs être en communauté avec la matière, mais cependant, agir sur l'esprit de l'homme, qui, avec eux, appartient à une grande république, de sorte que les idées qu'ils élèvent en lui revêtent, d'après la loi de sa fantaisie, des images associées et provoquent l'apparence des objets correspondant à eux comme hors de lui. Cette illusion peut frapper chaque sens, et si enchevêtrée qu'elle soit avec des chimères absurdes, cela ne devrait pas empêcher d'y pressentir les influences spirituelles. Je ferais offense à la clairvoyance du lecteur, si je voulais m'appesantir encore sur l'application de cette façon d'expliquer. Car des hypothèses métaphysiques sont d'une élasticité si extraordinaire, qu'il faudrait être très maladroit pour ne pas pouvoir adapter celle-ci à chaque conte, même avant d'avoir examiné sa véracité, ce qui est impossible dans beaucoup de cas et très impoli dans beaucoup d'autres.

Si cependant les avantages et les désavantages sont comptés l'un dans l'autre, qui peuvent naître à celui qui est organisé, non seulement pour le monde visible, mais dans une certaine mesure aussi pour le monde invisible (pour autant qu'il y en ait jamais eu), un cadeau de ce genre semble être pareil à celui dont *Junon* honorait *Tirésias*, qu'elle aveuglait d'abord pour pouvoir lui donner le don divinatoire. Car, pour juger selon les propositions ci-dessus, la connaissance intuitive de l'autre monde ne peut être acquise ici-bas qu'en perdant quelque peu de cet entendement, dont on a besoin pour le monde *présent*. Je ne sais pas, si même certains philosophes devraient être totalement exempts de cette dure condition, philosophes qui dirigent, d'une façon si assidue et si absorbée, leurs lunettes métaphysiques vers ces régions lointaines, et qui savent en raconter des merveilles, du moins je ne leur envie aucune de leurs découvertes ; seulement, je crains qu'un homme quelconque de bon entendement et de peu de délicatesse, pourrait leur donner à comprendre ce que le cocher de *Tycho de Brahe* lui répondait, lorsque celui-ci pensait pouvoir prendre le chemin le plus court, la nuit, d'après les astres : *cher Monsieur, dans le ciel vous savez vous y prendre, mais ici, sur la terre, vous êtes un fou.*

TROISIÈME CHAPITRE

Anticabale. Un fragment de la philosophie ordinaire, pour supprimer la communauté avec le monde des esprits .

Aristote dit quelque part : *Lorsque nous sommes éveillés, nous avons un monde commun, mais si nous rêvons, chacun a son monde à lui.* Il me semble qu'on devrait renverser la dernière proposition et pouvoir dire : quand, parmi des hommes différents, chacun a son monde particulier, il est à présumer qu'ils rêvent. De telle sorte que, lorsque nous considérons les *bâtisseurs en l'air* des divers mondes d'idées, dont chacun habite paisiblement le sien à l'exclusion des autres, par exemple celui qui habite l'ordre des choses tel qu'il a été construit par *Wolff* avec peu de matériel d'expérience, mais avec plus de concepts introduits subrepticement, ou celui qui a été produit de rien par *Crusius* par la force magique de quelques sentences du *concevable* et de l'*inconcevable*, nous allons prendre patience avec la contradiction de leurs visions, jusqu'à ce que ces Messieurs aient fini de rêver. Car si une fois, s'il plaît à Dieu, ils s'éveillent complètement, c'est-à-dire s'ils ouvrent les yeux à une vue qui n'exclue pas l'accord avec

l'entendement d'autrui, personne ne verra chez eux quelque chose qui ne devrait pas apparaître également à chacun d'autre évident et certain, à la lumière de leurs preuves, et les philosophes habiteront en même temps un monde commun, le même que les mathématiciens possèdent déjà depuis longtemps, événement important qui ne tardera pas, pour autant qu'on peut se fier à certains signes et présages, qui depuis quelque temps sont apparus à l'horizon des sciences.

Dans une certaine parenté avec les *utopistes*, sont les *visionnaires*, et parmi ceux-ci sont comptés d'ordinaire ceux qui, parfois, ont affaire avec des esprits, et à vrai dire pour la même raison que les précédents, parce qu'ils voient ce qu'aucun homme sain ne voit et qu'ils ont leur communauté propre avec des êtres qui ne se manifestent à personne, si bons que soient les sens. Aussi, la dénomination des rêveries, si on présume que les phénomènes en question reviennent à de pures chimères, est convenable en tant que les unes autant que les autres sont des images inventées, qui cependant trompent les sens comme de véritables objets ; mais si on s'imagine que les deux illusions seraient, par ailleurs, suffisamment semblables dans leur origine, pour trouver la source des unes suffisante pour l'explication des autres, on se trompe beaucoup. Celui qui, à l'état de veille, se plonge dans des fictions et des chimères, qu'invente son imagination toujours féconde, à tel point qu'il fait peu attention aux sensations, qui devraient lui importer le plus à ce moment, est nommé, à juste titre, un *rêveur éveillé*. Car il suffirait que les sensations se relâchent un peu plus dans leur intensité pour qu'il dorme, et que les chimères précédentes deviennent de véritables rêves. La cause pour laquelle elles ne le sont pas encore à l'état de veille est celle-ci, qu'il les représente à ce moment comme *en lui*, mais d'autres objets comme *hors* de lui, que par conséquent il compte celles-là comme effet de sa propre activité, mais ceux-ci comme appartenant à ce qu'il reçoit et subit de l'extérieur. Car ici, c'est la relation qui importe, dans laquelle les objets sont pensés par rapport à lui-même comme à un homme, donc aussi à son corps. En conséquence, les mêmes images peuvent l'occuper beaucoup à l'état de veille, mais non le tromper, aussi claires qu'elles peuvent être. Car, bien qu'alors il ait, dans le cerveau, une représentation de lui-même et de son corps, avec laquelle il met en relation ses images fantastiques, la sensation réelle de son corps par les sens externes fait un contraste avec ces chimères, pour lui permettre de considérer la première comme subjective, mais la seconde comme objective. S'il s'endort, la représentation

objective de son corps s'éteint, et il ne reste que la subjective, par rapport à laquelle les autres chimères sont imaginées comme en relation externe, et aussi longtemps qu'on dort, doivent tromper le rêveur, parce qu'il n'y a pas de sensation qui, en comparaison avec la représentation subjective, différencierait l'original de la silhouette, à savoir l'extérieur de l'intérieur.

Les visionnaires se distinguent donc complètement des rêveurs éveillés, non seulement par le degré, mais par la nature. Car les premiers rangent à l'état de veille et souvent au cours de la plus grande vivacité d'autres sensations, certains objets parmi d'autres objets extérieurs, qu'ils aperçoivent réellement autour d'eux, et la question se pose comment il se fait, qu'ils placent la chimère de leur imagination hors d'eux et bien en rapport avec leur corps, qu'ils sentent aussi par des sens externes. La grande clarté de leur chimère ne peut pas en être la cause, car ce qui importe ici, c'est le lieu, où elle est placée comme un objet, et donc je demande qu'on démontre comment l'âme place une telle image, qu'elle devrait cependant se représenter comme contenue en elle-même, dans un tout autre rapport, savoir dans un lieu *extérieur* et parmi les objets qui s'offrent à sa sensation réelle. De même, je ne me contenterais pas de la citation d'autres cas, qui ont quelque ressemblance avec une telle illusion et, par exemple, arrivent dans l'état fiévreux ; car, sain ou malade, quel que puisse être l'état du sujet trompé, on ne veut pas savoir, si cela se produit dans telle ou telle condition, mais comment cette erreur est possible.

Mais nous constatons, à l'usage des sens externes, que, dans la clarté dans laquelle les objets sont représentés, l'on comprend aussi leur lieu, peut-être pas toujours avec la même justesse, cependant comme une condition nécessaire de la sensation, sans laquelle il serait impossible de représenter les choses comme hors de nous. Il est très probable que notre âme dans sa représentation place l'objet senti, là où les différents rayons de l'impression, que celui-ci a formés, se rencontrent, s'ils sont renvoyés. C'est pourquoi on voit un point lumineux à l'endroit, où les lignes renvoyées depuis l'œil dans la direction de l'incidence des rayons lumineux, se coupent. Ce point, qu'on appelle le point visuel, est en réalité le *point d'émergence*, mais dans la représentation, le *point de convergence des rayons*, suivant lesquels la sensation est imprimée (*Focus imaginarius*). C'est de cette façon qu'on détermine même, par un seul œil, le lieu à un objet visible, ce qui se produit entre autre, si l'on voit le spectre d'un corps au moyen d'un miroir concave dans l'air, justement là où les

rayons, qui émanent d'un point de l'objet, se coupent avant d'entrer dans l'œil (1).

De même, on peut peut-être admettre, pour les impressions du son, puisque ses secousses se produisent aussi suivant des lignes droites : que sa sensation est accompagnée en même temps par la représentation d'un *focus imaginarius*, qui est placé là où les lignes droites du système nerveux ébranlé, tracées du cerveau vers l'extérieur, se rencontrent. Car on remarque à peu près le lieu et la distance d'un objet sonore, bien que le son soit léger et se produise derrière nous, quoique les lignes droites, qui peuvent être tracées de là, ne rencontrent justement pas l'orifice de l'oreille et tombent sur d'autres endroits de la tête, de telle sorte qu'il faut croire que les rayons de l'ébranlement sont tracés extérieurement dans la représentation de l'âme et que l'objet sonore est placé dans le point de leur réunion. Il me semble, qu'on peut dire aussi la même chose des trois autres sens, qui se distinguent de la vue et de l'ouïe, en ce que l'objet de la sensation est en contact immédiat avec les organes, et en ce que les rayons de l'excitation sensorielle ont donc, dans ces organes mêmes, leur point de réunion.

Pour appliquer cela aux images de l'imagination, qu'on me permette de prendre pour hypothèse ce que *Cartesius* admettait et ce que la plupart des philosophes approuvèrent après lui : à savoir que toutes les représentations de l'imagination sont accompagnées en même temps par certains mouvements du tissu nerveux ou de l'éther du cerveau, qu'on appelle *ideas materiales*, c'est-à-dire peut-être par l'ébranlement ou la vibration de la matière subtile, qui est sécrétée par elles. Cette vibration ressemble au mouvement, que pourrait faire l'impression sensorielle, dont elle est la copie. Mais je demande alors qu'on m'accorde : que la différence fondamentale du mouvement nerveux dans l'imagination avec celui dans la sensation consiste, en ce que les rayons se rencontrent dans celui-là dans le cerveau, mais dans celui-ci en dehors ; c'est pourquoi, parce que le *focus imaginarius*,

(1) C'est ainsi que le jugement, que nous portons sur le lieu apparent d'objets proches, est représenté d'habitude en optique, et s'accorde aussi très bien avec l'expérience. Cependant, ces mêmes rayons lumineux, qui émanent d'un point, tombent grâce à la réfraction, dans les humeurs de l'œil sans diverger sur le nerf optique, mais s'y réunissent dans un point. En conséquence, si la sensation ne se produit que dans ce nerf, le *focus imaginarius*, ne devrait pas être placé en dehors du corps, mais sur le fonds de l'œil, ce qui constitue une difficulté, que je ne peux pas résoudre maintenant, et qui semble incompatible et avec les propositions mentionnées et avec l'expérience.

dans lequel l'objet est représenté, est placé hors de moi pendant les sensations de l'état de veille, mais celui de l'imagination, que je peux avoir pendant ce temps, en moi, je ne peux pas manquer, aussi longtemps que je suis éveillé, de distinguer les imaginations comme mes propres chimères de l'impression des sens.

Si l'on admet cela, il me semble que je pourrais apporter quelque chose de concevable sur l'origine de cette espèce de trouble de l'esprit, qu'on appelle la folie et, à un degré plus élevé, le délire. La caractéristique de cette maladie consiste en ceci : que l'homme troublé place des objets de pure imagination hors de lui et les considère comme des choses réellement présentes devant lui. Or, j'ai dit : qu'ordinairement, les rayons du mouvement, qui accompagnent comme moyen matériel, l'imagination dans le cerveau, doivent se rencontrer à l'intérieur de celui-ci, et que, par conséquent, le lieu, où l'homme est conscient de son image est pensé en lui-même à l'état de veille. Si donc j'admets, que, par quelque hasard ou quelque maladie, certains organes du cerveau sont tellement déformés et mis hors de leur équilibre habituel, que le mouvement des nerfs, qui vibrent synchroniquement avec quelques imaginations, se produit suivant tels rayons, qui, prolongés, devraient se rencontrer hors du cerveau, le *focus imaginarius* est ainsi placé en dehors du sujet pensant (1), et l'image, qui n'est qu'un effet de la pure imagination, est représentée comme un objet qui serait présent aux sens extérieurs. L'étonnement devant l'apparition imaginaire d'une chose, qui ne devrait pas être présente suivant l'ordre naturel, bien qu'au début un tel fantôme de l'imagination ne soit que faible, animera bientôt l'attention et donnera à la fausse sensation une si grande vivacité qu'elle ne laisse pas douter l'homme trompé de la véracité. Cette

(1) On pourrait citer comme une ressemblance éloignée avec le phénomène cité le comportement des buveurs, qui dans cet état voient double avec les deux yeux : parce que par le gonflement des vaisseaux sanguins naît un empêchement, à diriger les axes oculaires de telle façon, que leurs lignes prolongées se coupent au point où l'objet se trouve. De même, la déformation des vaisseaux cérébraux, qui n'est peut-être que passagère, et n'atteint autant qu'elle dure, que quelques nerfs, peut contribuer à ce que quelques images de la fantaisie nous apparaissent même à l'état de veille comme hors de nous. Une expérience très commune peut être comparée avec cette illusion. Quand, après avoir dormi, dans un état de calme, qui est voisin d'un sommeil léger, et pour ainsi dire, avec un regard éteint, on contemple les différents fils des rideaux ou de la garniture, ou les petites taches d'un mur proche, on peut en former facilement des figures de visages humains et de choses semblables. L'illusion s'arrête aussitôt qu'on le veut et qu'on concentre l'attention. Dans ce cas, le déplacement du *foci imaginarii* des fantaisies est soumis en quelque sorte à la volonté, tandis que dans la folie il ne peut être empêché par aucune volonté.

erreur peut atteindre tout sens extérieur, car nous avons de chacun des images copiées dans l'imagination, et le déplacement des tissus nerveux peut être la cause de placer le *focum imaginarium* là, d'où l'impression sensorielle d'un objet corporel réellement présent proviendrait. Ce n'est pas alors étonnant, si le visionnaire croit voir et entendre très nettement ce que personne, en dehors de lui, ne perçoit, de même si de telles chimères lui apparaissent et disparaissent subitement, ou, si en trompant quelque sens, par exemple la vue, elles ne peuvent être ressenties par aucun autre, par exemple le toucher, et si, par conséquent, elles semblent pénétrables. Les habituelles histoires de revenants reviennent tellement à des constatations semblables, qu'elles justifient beaucoup le soupçon, qu'elles peuvent bien provenir d'une telle source. Et ainsi, l'idée courante d'*êtres spirituels*, que nous avons dégagée ci-dessus du langage courant, est en parfait accord avec cette illusion, et ne nie pas son origine : parce que le caractère d'une présence pénétrable dans l'espace doit constituer le critère essentiel de celle-ci.

Il est aussi très probable que les notions données par l'éducation sur les revenants fournissent à la tête malade les matériaux des imaginations erronées, et qu'un cerveau exempt de tous ces préjugés, bien qu'une confusion l'atteigne, n'élucubrerait pas si facilement des images de ce genre. De plus, il s'ensuit aussi que, comme la maladie de l'halluciné ne touche pas précisément l'entendement, mais les sens abusés, le malheureux ne peut pas se débarrasser de ses chimères par aucun raisonnement : parce que la sensation vraie ou apparente des sens mêmes précède tout jugement de l'entendement et a une évidence immédiate qui dépasse de loin toute autre persuasion.

La conséquence qui dérive de ces considérations, à cet inconvénient, qu'elle rend superflues les profondes suppositions du chapitre précédent, et que le lecteur, si disposé qu'il désire être d'accorder quelque approbation à ces esquisses idéales, préférera cependant l'idée, qui implique plus de douceur et de brièveté dans la décision, et qui peut se promettre une approbation générale. Car, outre qu'il semble être plus conforme à une pensée raisonnable, de tirer les raisons de l'explication du sujet, que l'expérience nous offre, que de se perdre dans des idées vertigineuses d'une raison à demi fabulante, à demi concluante, il se présente en plus sur ce point quelque sujet de moquerie, qui, fondé ou non, est un moyen plus efficace que tout autre d'empêcher des recherches vaines. Car, de vouloir faire, d'une façon sérieuse, des interprétations des chimères des hallucinés, donne déjà une pré-

somption défavorable et la philosophie se rend suspecte qu'on rencontre en telle société. Il est vrai que je n'ai pas contesté ci-dessus la folie dans un tel phénomène, plutôt l'ai reliée, sinon comme cause d'une communauté imaginaire avec les esprits, du moins comme sa conséquence naturelle ; mais quelle est la bêtise, qu'on ne puisse mettre en concordance avec une sagesse sans fondement ? C'est pourquoi je n'en veux point au lecteur, si, au lieu de considérer les visionnaires comme des demi citoyens de l'autre monde, il les juge purement et simplement comme candidats d'hôpital, et par cela, se soustrait à toute recherche ultérieure. Mais si, alors, tout est pris de la sorte, la façon de traiter de tels adeptes du monde des esprits doit être très différente de celle qui dérive des considérations précédentes, et tandis que, par ailleurs, on croyait nécessaire d'en brûler parfois quelques-uns, il sera suffisant maintenant de les purger seulement. De même, il n'aurait pas été nécessaire, dans cet état de chose, de s'y prendre de si loin et de chercher, au moyen de la métaphysique, des secrets dans le cerveau fiévreux de fanatiques dans l'erreur. Seul le perspicace *Hudibras* aurait pu résoudre l'énigme, car selon son avis : *si un vent hypocondriaque agite les entrailles, il importe de savoir quelle direction il prend, s'il va en bas, il en résulte un F —, mais s'il monte en haut, c'est alors une apparition ou une inspiration sacrée.*

QUATRIÈME CHAPITRE

Conclusion théorique de l'ensemble des considérations de la première partie

La fausseté d'une balance, qui, selon la loi, doit être une mesure de commerce, est découverte si on échange les plateaux des marchandises et des poids, et la partialité de la balance de l'entendement se manifeste par le même artifice, sans lequel on ne peut jamais obtenir, dans les jugements philosophiques, un résultat concordant de la comparaison des pesées. J'ai purifié mon âme de préjugés, j'ai détruit toute dévotion aveugle qui jamais se glissa pour provoquer l'entrée de maint savoir imaginaire. Il y a pour moi maintenant rien d'intéressant, rien de respectable, que tout ce qui s'installe par la voie de la sincérité dans un esprit calme et accessible à toutes les raisons ; que cela confirme mon jugement précédent ou le supprime, que cela me détermine ou me laisse indécis. Où je rencontre quelque chose qui m'instruit, je m'en empare. Le jugement de celui, qui réfute mes raisons, est

mon jugement, après l'avoir mis d'abord en balance avec l'amour-propre et ensuite avec mes prétendues raisons et avoir trouvé en lui un plus grand fondement. D'habitude, je considérais l'entendement humain en général seulement du point de vue du mien : maintenant, je me place au point de vue d'une raison étrangère et extérieure, et j'observe les jugements, y compris leurs causes les plus secrètes du point de vue d'autrui. La comparaison des deux observations donne évidemment de fortes parallaxes, mais elle est aussi le seul moyen d'empêcher l'illusion optique et de mettre les conceptions aux justes endroits, où elles se trouvent par rapport à la faculté de connaissance de la nature humaine. On dira, que c'est un langage très sérieux pour une tâche aussi indifférente que nous traitons, qui mérite d'être nommée plutôt un jouet qu'une occupation sérieuse, et on n'a pas tort de juger ainsi. Seulement, si on ne doit pas évidemment faire grand cas d'une bagatelle, on peut pourtant le faire à l'occasion, et la prudence dont on peut se dispenser pour la décision de bagatelles peut servir d'exemple dans les cas importants. Je ne trouve pas, qu'une quelconque dépendance, ou qu'une autre inclinaison insinuée avant l'examen, prive mon esprit de la docilité vers toutes sortes de raisons pour ou contre, une seule exceptée. La balance de l'entendement n'est cependant pas tout à fait impartiale, et l'un de ses bras, qui porte l'inscription : *espoir de l'avenir*, a un avantage mécanique qui fait que, même de légères raisons, qui tombent dans son plateau, font monter de l'autre côté les spéculations ayant, par elles-mêmes, un plus grand poids. Voilà la seule inexactitude, que je ne peux vraiment pas supprimer et que je ne veux, en fait, jamais supprimer. Alors j'avoue que toutes les histoires d'apparition d'âmes mortes ou d'influence des esprits et toutes les théories de la nature supposée d'êtres spirituels et de leur union avec nous, ne pèsent sensiblement que dans le plateau de l'espérance ; que, par contre, dans celui de la spéculation, elles ne semblent être rien que de l'air. Si la solution de la question posée n'était pas en sympathie avec une tendance déjà décidée auparavant, quel homme raisonnable serait indécis de savoir, s'il devait trouver plus de possibilité d'admettre une espèce d'êtres, qui n'ont rien de semblable avec tout ce que les sens lui apprennent, que d'attribuer quelque soi-disant réalité à l'illusion et à la fabulation, qui ne sont pas rares dans plusieurs cas.

Cela semble aussi être surtout la cause principale du crédit des histoires des esprits, qui jouissent d'une approbation si générale, et même les premières illusions de prétendues apparitions d'hommes décédés sont vraisemblablement nées de l'espérance flatteuse,

que l'on persiste encore de quelque façon après la mort, puisque, en présence d'ombres nocturnes, la croyance trompait souvent les sens et produisait des formes équivoques de chimères, correspondant à l'idée préconçue, d'où finalement les philosophes prenaient l'occasion d'élaborer l'idée rationnelle d'esprits et d'en faire une doctrine. On s'aperçoit bien aussi, à ma doctrine arrogante de la communauté des esprits, qu'elle prend la même direction que la tendance générale. Car les propositions s'accordent sensiblement pour donner une idée, comment l'esprit de l'homme *sort* de ce monde (1), c'est-à-dire une idée de l'état après la mort ; mais comme il *entre*, c'est-à-dire de la génération et de la reproduction, je n'en dis rien ; même pas, comme il est *présent* dans ce monde, c'est-à-dire comment une nature immatérielle peut exister dans un corps et agir par lui ; tout cela à cause d'une raison valable, à savoir que je n'y comprends rien du tout et que, par conséquent, j'aurais bien pu me contenter d'être aussi ignorant en considération de l'état futur, à moins que la partialité d'une opinion favorite n'ait servi de recommandation aux raisons qui s'offraient, si faibles qu'elles pouvaient être.

La même ignorance fait aussi, que je n'ose pas nier aussi complètement toute vérité à maintes histoires d'esprit, mais avec la réserve habituelle, bien que curieuse, de mettre en doute chacune d'elles, mais d'accorder quelque crédit à toutes prises ensemble. Libre au lecteur d'en juger ; mais en ce qui me concerne, du moins l'inclinaison du côté des raisons du 2^e chapitre est pour moi assez grande, pour que je reste sérieux et indécis en écoutant les diverses histoires étranges de ce genre. Cependant comme il ne manque jamais de raisons de la justification, lorsque l'esprit est préconçu d'avance, je ne veux pas ennuyer le lecteur davantage par la défense de cette façon de penser.

Comme j'arrive maintenant à la fin de la théorie des esprits, je me permets encore de dire : que cette considération, si elle est utilisée convenablement par le lecteur, complète toute notion philosophique de tels êtres, et qu'à l'avenir on peut encore en avoir tout espèce d'*opinions*, mais jamais en *savoir* plus. Cette affirmation résonne assez prétentieusement. Car il n'est certainement pas

(1) Le symbole de l'âme chez les anciens égyptiens était un papillon, et la dénomination grecque signifiait la même chose. On voit facilement, que l'espérance qui fait de la mort seulement une métamorphose, a provoqué une telle idée ainsi que ses signes. Cela n'enlève pas du tout cependant la confiance en la justesse des idées qui en proviennent. Notre intuition et ses jugements conduisent, aussi longtemps qu'ils ne sont pas déformés, précisément là où la raison conduirait, si elle était plus éclairée et plus étendue.

d'objet de la nature connu des sens, dont on pourrait dire, qu'on l'ait *épuisé* par l'observation ou le raisonnement, même si c'était une goutte d'eau, un grain de sable ou quelque chose encore de plus simple ; tellement est incommensurable la multiplicité de ce que la nature offre à résoudre dans ses moindres parties à un esprit aussi borné, qu'est celui de l'homme. Seulement il en est tout autrement avec la doctrine philosophique des êtres spirituels. Elle peut être complète, mais dans un sens *négalif*, en déterminant avec certitude les limites de notre entendement et nous persuadant : que les différents phénomènes de *la vie* dans la nature et leurs lois soient tout ce qu'il nous est permis de connaître, mais que le principe de cette vie, c'est-à-dire la nature spirituelle, que l'on ne connaît pas, mais suppose, ne peut jamais être imaginée d'une façon positive, parce qu'on n'y rencontre aucune donnée dans l'ensemble de nos sensations, et qu'on est obligé de se contenter de négations, pour imaginer quelque chose de si différent de tout ce qui est sensoriel, mais que même la possibilité de telles négations ne repose ni sur l'expérience, ni sur des conclusions, mais sur une fantaisie, vers laquelle se réfugie une raison privée de tout instrument. De cette façon, la pneumatologie des hommes peut être nommée une doctrine de leur nécessaire ignorance par rapport à une sorte présumée d'être et comme telle être aisément adéquate à la tâche.

Maintenant je mets de côté toute la matière des esprits, vaste morceau de la métaphysique, comme terminé et complet. A l'avenir, ce n'est plus mon affaire. En réduisant de cette façon le plan de ma recherche, et en renonçant à quelques investigations tout à fait vaines, j'espère pouvoir appliquer d'une façon plus avantageuse ma faible intelligence aux autres objets. C'est en général vain de vouloir étendre la faible mesure de sa force à toutes les hypothèses illusoires. C'est pourquoi la prudence commande, aussi bien dans ce cas que dans d'autres, d'adapter l'envergure des hypothèses aux forces et, quand on ne peut pas bien atteindre ce qui est grand, de se borner à ce qui est moyen.

(A suivre).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 26 Octobre 1936

Présidence : M. VURPAS, président

PREMIÈRE SÉANCE

Décès de l'Inspecteur général J. Raynier

M. Cl. VURPAS, *président*. — Mes chers Collègues,

Notre Collègue, Julien RAYNIER, est mort en juillet dernier presque subitement, dans sa campagne où il était allé réparer sa santé déjà ébranlée. Cette mort sera profondément ressentie par tous, mais le souvenir qu'il a laissé restera vivant parmi nous.

Lorsqu'il venait à nos réunions, sa présence n'était pas inaperçue : les traits accentués de son visage et son masque énergique forçaient l'attention. Au moral, son caractère primesautier et une hardiesse non dissimulée d'opinion suscitaient l'intérêt. Mises au service d'une volonté puissante et d'une activité laborieuse, ces dispositions ont, sans contredit, permis dans les domaines, tant scientifique que pratique, les importantes réalisations qui ont marqué le cours de sa carrière malheureusement trop tôt finie. Elle fut cependant bien remplie. En collaboration avec notre Collègue H. Beaudouin, il nous a laissé un « Aperçu historique sur le régime des aliénés (1922) », une étude sur « La Responsabilité du médecin d'asile (1923) », sur « Les autopsies dans les asiles d'aliénés (1924) », ainsi que des recherches, « A propos de la tuberculose dans les asiles d'aliénés (1925) » et enfin la même année « Le médecin praticien et

son malade placé dans un établissement d'aliénés ». Tous ces travaux traduisent la finesse d'observation, le scrupule d'examen ainsi qu'une connaissance des besoins nouveaux fidèlement traduite. Toujours en collaboration avec H. Beaudouin, il produisit un volume, « L'aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique ». Cet ouvrage connut le succès ; la première édition parut en 1924, la deuxième en 1930 et il est actuellement le bréviaire des étudiants et des praticiens qui s'intéressent à la législation et à l'administration des aliénés.

Avec Beaudouin, Briau et Pinard, il commença en 1934 une étude approfondie de la grosse question du « Régime alimentaire des asiles d'aliénés ». Enfin, plus récemment, avec Lauzier, il nous a laissé un travail documenté sur « La construction et l'aménagement de l'Hôpital psychiatrique et de l'Asile d'aliénés », où des aperçus originaux font une mise au point méthodique et harmonieuse des désirs actuels.

Alors, en plein essor, s'arrêta définitivement cette floraison pleine de promesses et riche d'avenir.

Ayant commencé ses études médicales à Toulouse, Raynier fut interne à l'Hôpital de Versailles en 1912 et aux Asiles de la Seine en 1913 ; il fut mobilisé en 1915 et soutint la même année sa thèse de Doctorat en Médecine sur « Les états dépressifs et les états mélancoliques observés chez les militaires de la section spéciale de Villejuif depuis le début des hostilités jusqu'au 31 décembre 1914 ».

Dès le début de ses études médicales, le Droit détourna à son profit une partie de son activité et l'intérêt qu'avaient à ses yeux les questions juridiques ne le cédait en rien aux problèmes médicaux. Cet intérêt lié à son attrait naturel pour la Psychiatrie devait diriger ses efforts vers la synthèse de ces deux branches : Droit et Psychiatrie. Dès lors, quelle carrière plus propice au développement de cette double tendance que l'Inspection Générale des Services Administratifs ? Il la choisit, et les portes lui en furent rapidement ouvertes ; cette nouvelle profession fournit l'aliment favorable à l'épanouissement de ses aptitudes natives. Elle fut féconde, car malgré sa brièveté, sa carrière brillante et rapide se traduisit par la somme des services qu'il rendit, tant aux aliénés qu'à l'assistance.

Durant cette période, il recueillit des documents importants qui eussent laissé espérer une moisson abondante. La Fatalité voulut qu'il n'eût pas la satisfaction de l'achever. Mais d'autres reprendront ses idées et il est certain que les collaborateurs qui joindront leur nom au sien achèveront l'œuvre commencée.

RAYNIER ne fit pas qu'amasser des éléments de travail ; il eut le don d'aplanir les difficultés et sous la vivacité des réparties il fit preuve d'un esprit éminemment conciliant et apte à arranger les situations difficiles. Que de questions épineuses trouvèrent dans son intervention la solution cherchée !

C'est dans ces fonctions délicates que la mort vint le surprendre, créant un vide irréparable non seulement pour les siens, mais aussi pour ceux qui l'avaient connu et approché.

Ses amis n'auront plus l'appui fidèle et dévoué auquel il les avait habitués ; ses collègues regretteront son commerce agréable et facile ; l'Assistance sera privée de son labeur constant et de sa conscience éclairée.

A sa famille, j'apporte le témoignage de la douloureuse sympathie de la *Société Médico-Psychologique* que je représente, et en son nom et au mien propre, je prie Mme RAYNIER, sa veuve, d'agréer nos respectueuses condoléances et nos unanimes regrets.

Décès du Docteur Santin Carlos Rossi

M. VURPAS, *président*, exprime les regrets de la *Société Médico-Psychologique* à l'annonce de la mort du D^r SANTIN CARLOS ROSSI, professeur de Clinique psychiatrique à l'Université de Montevideo, ancien Ministre de la Santé publique de l'Uruguay, *membre associé étranger* de la Société Médico-Psychologique.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 9 juillet 1936 est adopté.

Correspondance

M. Paul ABÉLY, *secrétaire des séances*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r Paul COURBON, *secrétaire général*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

des lettres de Mme le D^r MASSON et de MM. les D^{rs} ROUART et TUSQUES qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux* ;

une lettre de M. le D^r OSWALDO LOUDET, professeur adjoint de Clinique psychiatrique et professeur extraordinaire de psychologie à l'Université de Buenos-Aires, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre de M. le D^r Maurice FEUILLADE, Chef de Clinique neuro-psychiatrique à la Faculté de médecine de Lyon, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national*; la Société désigne une commission composée de MM. René CHARPENTIER, VURPAS et VIGNAUD, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 23 novembre 1936 ;

une lettre de M. le D^r Augusto PIRES DE LIMA, directeur des services de neurologie et de psychiatrie de l'hôpital Matozinhos à Porto, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* ; la Société désigne une commission composée de MM. MIGNOT, SIMON et CODET, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 23 novembre 1936.

Election de 3 membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. Roger ANGLADE, au nom d'une commission composée de MM. René CHARPENTIER, Henri ROGER et Roger-D. ANGLADE, il est procédé au vote sur les candidatures de MM. Henri AUBIN, Albert CRÉMIEUX et Robert VULLIEN, au titre de *membres correspondants nationaux*.

Nombre de votants	20
Majorité absolue	11

Ont obtenu :

M. le D ^r Henri AUBIN	20 voix.
M. le D ^r Albert CRÉMIEUX	20 —
M. le D ^r Robert VULLIEN	20 —

MM. les D^{rs} Henri AUBIN, de Paris, Albert CRÉMIEUX, de Marseille, et Robert VULLIEN, de Lille, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société Médico-psychologique.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. G. COLLET, au nom d'une commission composée de MM. Henri CLAUDE, VIGNAUD et Georges COLLET, il est procédé au vote sur la candidature de M. Jean CANTACUZÈNE, au titre de *membre associé étranger*.

Nombre de votants	20
Majorité absolue	11

A obtenu :

M. le D ^r Jean CANTACUZÈNE	20 voix.
---	----------

M. le D^r Jean CANTACUZÈNE, de Bucarest, est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

Décès du D^r Raymond Mallet

M. VURPAS, *président*, a le regret d'annoncer à la Société qu'il vient d'apprendre la mort du D^r Raymond MALLET, *membre titulaire*.

Le D^r Raymond Mallet ayant été *trésorier* de la Société Médico-Psychologique, la séance est levée en signe de deuil.

DEUXIÈME SÉANCE

PRÉSENTATIONS ET COMMUNICATIONS

Sur un cas de pyknolepsie,
par MM. L. MARCHAND et J. DELMOND (*présentation de malade*).

Depuis la description par Friedmann en 1906 (1) des « courtes attaques narcoleptiques » ou « absences non-épileptiques », dénommées « Pyknolepsie » par Mme Sauer (2), de nombreux travaux ont paru sur cette affection. Dès le début, les efforts des auteurs ont tendu à préciser la situation nosographique des accidents pyknoleptiques dans le groupe des états convulsifs. De nombreux arguments ont été apportés contre la nature épileptique des attaques. Cependant, des travaux récents ont critiqué la valeur des caractères différentiels proposés. L'observation que nous présentons nous semble venir à l'appui de cette dernière opinion, déjà soutenue antérieurement par l'un de nous (3).

OBSERVATION. — Maurice H., âgé de 24 ans, aide-sculpteur, est examiné à la consultation pour épileptiques de l'Hôpital Henri-Rousselle, depuis 1928. Il est donc suivi depuis l'âge de 16 ans.

Les renseignements fournis par la famille montrent une hérédité chargée : la grand'mère paternelle était alcoolique ; le père fut interné en 1917 pour délire de persécution et se suicida par pendaison à 41 ans ; la mère, de petite taille, a été atteinte de « méningite ». Les deux frères et la sœur du malade sont bien portants.

(1) FRIEDMANN (M.). — Ueber die nicht epileptischen Absencen oder Kurzen narcoleptischen Anfälle. (*Deut. Zeits. f. Nervenheilk.*, vol. XXX, p. 462, 1906).

(2) SAUER (Mme H.). — Ueber gehäufte kleine Anfälle bei Kindern (pyknolepsie). (*Monats. f. Psych. u. Neurol.*, XL, p. 27, 1912).

(3) L. MARCHAND. — Epilepsie caractérisée uniquement par des absences très fréquentes. (*Soc. clin. de Méd. ment.*, 19 nov. 1923).

L. MARCHAND et BAUER. — Trois cas de pyknolepsie. (*Soc. clin. de Méd. ment.*, 15 mars 1926).

Le malade est né à terme mais avec application de forceps. Il n'a pas présenté de convulsions dans la première enfance. Il fut propre de bonne heure et a marché vers deux ans. A sept ans et demi, il a été atteint d'une grippe sévère, avec forte fièvre, céphalée, compliquée de broncho-pneumonie, au cours de laquelle « il a déliré ». C'est pendant la convalescence que sont apparues les absences courtes et répétées, avec les caractères qu'elles présentent encore actuellement.

H. a été en classe jusqu'à 13 ans ; il a quitté l'école avant le certificat d'études. Il était brillant en calcul, mais était gêné dans ses études par ses absences. Il présentait par contre de réelles aptitudes pour la sculpture. Il est entré en apprentissage dès 13 ans 1/2 et travaille actuellement comme aide-sculpteur, faisant notamment l'ébauche de groupes statuariers importants.

On ne constate aucun fléchissement des facultés intellectuelles. Le caractère est normal.

L'examen somatique montre l'existence de stigmates de dégénérescence : bosses frontales, dents crénelées et gâtées, voûte du palais ogivale, oreilles décollées, léger enfoncement sternal, axyphoïdie, scoliose dorsale à convexité droite. On note une légère instabilité oculaire, la fréquence du clignement, une inégalité de l'ouverture des paupières, qui est diminuée à gauche. Des troubles de la voix, quoique peu marqués, sont à noter : blésité, bredouillage avec confusion de syllabes, monotonie de l'intonation. Les réflexes tendineux sont vifs. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang. Aucun symptôme de dysfonctionnement des glandes endocrines, de spasmophilie. Le malade a subi en 1928 un traitement par le sulfarsénol, sans résultats.

Les *attaques pyknoleptiques* sont ainsi caractérisées : elles sont fréquentes, au nombre de 20 à 25 par jour, groupées à certains moments de la journée, vers 10 heures du matin par exemple. Elles n'ont jamais lieu la nuit pendant le sommeil. Elles se reproduisent ainsi, sans qu'il y ait eu de rémission, depuis l'âge de 7 ans 1/2. Le traitement gardénalique n'a pour effet que de diminuer leur fréquence. Leur durée varie d'une minute à quelques secondes. Elles surviennent brusquement : le malade reste les yeux levés au ciel, paraît ne se rendre compte de rien. Ces accidents ne s'accompagnent pas de mouvements convulsifs ; pas de morsures de la langue, pas de salivation. Une seule fois, il y a eu incontinence d'urine. La coloration du visage reste normale, mais après, le malade rougit parfois. Le retour à la conscience est immédiat et complet.

Si l'absence survient pendant une conversation, H... s'arrête de parler ou émet quelques grognements. Quand il reprend conscience, il prononce une phrase banale pour se donner une contenance et laisser supposer qu'il vient simplement de penser à autre chose.

La perte de conscience n'est pas complète. Les opérations psychiques supérieures sont seulement inhibées.

Au cours de certaines absences, ce sujet accomplit des actes automatiques complexes bien coordonnés, qu'il décrit ainsi : « Quand cela me prenait autrefois dans la rue, je marchais moins vite, mais maintenant je marche aussi vite. Cela fait comme si j'étais étourdi. C'est comme si j'avais reçu un coup de bâton. Dans mon idée, ce serait plutôt comme dans le somnambulisme »... « Il faut bien croire que j'ai quelque conscience, car s'il y a un croisement de rues, je reste sur le trottoir, je sens le vide au bout de mon pied et je ne traverse pas. » Il dépasse parfois le lieu de son travail en marchant ainsi, mais l'automatisme ambulateur est toujours de courte durée.

Quand l'absence survient pendant que le sujet se rase (avec un rasoir ordinaire), il continue l'acte et jamais il ne s'est coupé. Lorsqu'il est en train d'écrire, il s'arrête le plus souvent ; d'autres fois il continue, mais de façon incoordonnée, trace deux ou trois lettres, « mais c'est gâché, c'est à côté, ce n'est pas ce qu'il faudrait ». Par contre, à maintes reprises, l'accès est survenu alors qu'il sculptait et jamais son travail n'a été mal accompli. Une fois il a continué à travailler sur son bloc de marbre, mais à un autre endroit que celui qu'il avait entamé. Son travail était correct. A d'autres moments, il a continué sans faute l'ouvrage qu'il avait entrepris, mais le relief était moins accusé qu'il n'aurait dû être.

Les différents caractères des accidents présentés par ce sujet se rapportent bien à ceux de la pyknolepsie : début pendant l'enfance, attaques quotidiennes très fréquentes, identité et brièveté des troubles, consistant en la suspension de la pensée, de la parole, de la motilité volontaire, avec déviation des yeux, sans chute, sans perte du tonus, sans crises nocturnes, avec absence de dégradation intellectuelle et résistance au traitement. Depuis huit ans que nous suivons ce sujet, l'affection n'a présenté aucune modification notable.

Nous pensons que ce nouveau cas de pyknolepsie doit être rattaché à l'épilepsie pour les raisons suivantes : l'affection a débuté, comme chez de nombreux comitiaux, après une infection grave (broncho-pneumonie avec délire) chez un sujet dont les antécédents héréditaires sont très chargés. Certaines absences, comme dans l'épilepsie, se compliquent d'automatisme ambulateur et d'actes automatiques coordonnés ou non. Au cours d'une crise, on a noté l'émission d'urine. L'absence de déficit intellectuel, donné comme caractère important de la pyknolepsie, ne suffit pas pour éliminer le diagnostic de mal comitial. L'intégrité de l'intelligence peut s'observer chez des épileptiques qui présentent, non seulement des absences, mais des crises fréquentes. Il en est de même de la résistance au traitement bromuré ou gardénalique, qui se rencontre chez certains comitiaux.

Les premiers auteurs qui ont décrit la pyknolepsie et qui la

considéraient comme une sorte d'entité morbide, différente du syndrome épileptique, attribuaient une grande importance à la disparition des accidents à l'âge de la puberté et certains admettaient qu'en raison de cette évolution particulière, le diagnostic avec les absences épileptiques ne pouvait être établi qu'après cette période de la vie. Chez notre sujet, les absences se sont reproduites assez nombreuses après la puberté et cette persistance pourrait faire écarter le diagnostic de pyknolepsie. Mais depuis les premières descriptions de la pyknolepsie, de nombreux auteurs ont montré que, chez des sujets atteints de cette affection, les crises, après une suspension de plusieurs années, se sont reproduites de nouveau, souvent même sous la forme nettement comitiale. D'ailleurs, ce même arrêt des accès peut se rencontrer dans l'épilepsie, ce qui plaide encore en faveur de l'identité de ces deux sortes d'accidents.

M. HEUYER. — Je suis de l'avis des présentateurs, quant à l'identification des accès de pyknolepsie et des absences comitiales. J'ai constaté souvent cette identité en remarquant cependant que dans la pyknolepsie les accidents sont extrêmement fréquents (jusqu'à 100 par jour, quelquefois). Ces états apparaissent toujours dans l'enfance et, plus tard, peuvent devenir de véritables crises d'épilepsie. Sur eux, les barbituriques agissent à condition d'être associés à la belladone. Enfin, le traitement spécifique agit d'une façon presque constante.

M. DIDE. — Herpin, de Genève, avait décrit autrefois ces manifestations sous le nom de petit mal épileptique. Ces formes sont habituellement en effet très améliorées par le traitement spécifique.

M. Ach. DELMAS. — Je voudrais demander à M. Heuyer, s'il associe le traitement spécifique aux barbituriques ou s'il dissocie ces deux thérapeutiques.

M. HEUYER. — Habituellement, j'associe les deux traitements.

M. HAMEL. — J'ai vu un assez grand nombre de malades qui présentaient du petit mal intellectuel. Quand on traite de tels sujets par le gardénal et sans précautions, on arrive à faire apparaître de grandes crises comitiales.

Par ailleurs, les épileptiques me paraissent rarement hérédospecifiques. Il me semble même que ce sont les moins hérédospecifiques parmi les malades d'asile. Je crois, d'ailleurs, me trouver d'accord sur ce point avec M. Marchand.

M. FRIBOURG-BLANC. — Cette communication qui identifie la pyknolepsie et l'épilepsie présente un grand intérêt au point de vue médico-militaire, l'épilepsie, entraînant automatiquement la réforme.

M. DESRUELLES. — Des travaux récents, et en particulier ceux de M. Lesné, montrent des cas d'énurésie chez l'enfant, cas non spécifiques améliorés cependant par le traitement anti-syphilitique.

M. VURPAS. — Quel est le traitement spécifique appliqué par M. Heuyer ?

M. HEUYER. — Chez l'enfant, j'emploie le sulfarsénol à doses croissantes en ne dépassant pas la dose de 1 centigramme par kilo et en prolongeant pendant longtemps ce traitement. Plus rarement, j'utilise le cyanure de mercure intraveineux.

M. DIDE. — Une statistique de Dufour confirme ce que dit M. Heuyer. Personnellement, j'ai obtenu dans ce cas-là de meilleurs résultats avec le stovarsol.

M. Ach. DELMAS. — L'interprétation de cette thérapeutique est très difficile car l'évolution de la maladie varie extrêmement selon les sujets.

M. Roger ANGLADE. — Le Professeur Abadie, dans un rapport au Congrès de 1932, n'a pas mis la syphilis au premier plan de l'étiologie de l'épilepsie.

M. MARCHAND. — Sur un très grand nombre d'épileptiques, ayant recherché les réactions humérales chez les intéressés et les divers membres de leur famille (antécédents collatéraux), je suis arrivé à la faible proportion de 7 % de syphilis dans l'étiologie de l'épilepsie.

Généralement appliqués aux enfants les tests pour la mesure du développement de l'intelligence valent-ils pour les adultes ? par M. Th. SIMON.

L'objection est faite si souvent, que les tests d'intelligence appliqués aux enfants ne conviennent pas à des individus adultes, qu'il vaut la peine d'examiner de près la restriction qu'on croit devoir ainsi apporter à l'emploi de ces tests. Le besoin en est d'autant plus impérieux que cette affirmation contient un

élément logique qui tend évidemment à la faire adopter d'emblée. Notons d'ailleurs qu'elle est élevée théoriquement plutôt qu'appuyée d'expériences et de faits. Or c'est aux faits qu'il appartient de répondre avant tout.

1. En premier lieu c'est une erreur de croire que nos tests mentaux (1), bien que leur hiérarchie soit exprimée en années d'âge, aient été uniquement construits par des essais sur des enfants. Lorsque nous avons procédé avec Binet à leur première élaboration, de 1900 à 1905, et même un peu antérieurement, il est exact qu'au tout début, des enfants anormaux, de Perray-Vaucluse principalement, mais aussi de la Salpêtrière, et des enfants d'écoles parisiennes, nous ont à peu près exclusivement servi de sujets d'étude ; mais très tôt nous avons procédé à des examens de même nature chez des adultes, tout au moins arriérés, et le nombre d'imbéciles et de débiles de 20, 30 et même de 50 ans, avec lesquels nous avons essayé ces épreuves dans le service de Magnan à l'Admission a toujours été assez considérable. La première échelle que nous avons établie n'était d'ailleurs pas une échelle par âges, mais une *échelle par niveaux d'intelligence*, ceux-ci étant appréciés par les techniques cliniques courantes. Comment nous avons été amenés ensuite à préférer à cette première échelle une échelle d'âge, je crois me souvenir que cela fut moins raisonné qu'un effet des circonstances auxquelles nous avons alors été mêlés. De ce qui précède il ressort toutefois qu'en ce qui concerne tout au moins les états d'arriération, ceux-ci se rencontreraient-ils chez des adultes, notre échelle peut leur convenir puisque sa création même ne leur est pas étrangère.

Faisons cependant deux remarques complémentaires : la première (nous sommes je crois bien parmi les premiers à l'avoir formulée) consiste à dire que si nous avions un procédé de mesure de l'intelligence, en affirmant qu'un imbécile présentait à cet égard certains points communs avec un enfant de 3 ou de 5 ans, nous étions loin de vouloir dire par là qu'il y eût identité absolue ; et nous y reviendrons tout à l'heure. Une seconde remarque sera celle-ci : à savoir qu'il peut se faire qu'il y ait plus de rapport entre un arriéré adulte et un enfant d'un âge donné que s'il s'agissait d'un adulte normal, et que par conséquent notre échelle convienne particulièrement à ces sujets arriérés, parce qu'aussi bien l'arrêt de leur intelligence remonte précisément à une période de la première enfance.

(1) Sauf indication spéciale, au cours de cette note, pour raison de clarté et de simplification, quand je parlerai de tests mentaux, je ne parlerai que de l'échelle de tests que nous avons publiée avec Binet.

2. Appliquons-nous maintenant les tests, tels qu'ils se présentent dans notre échelle classique pour la mesure de l'intelligence, à des adultes quels qu'ils soient, voici ce que nous constatons :

1) *Adultes normaux*. — Nos tests mettent en lumière des niveaux qui correspondent aux degrés indiqués dans notre échelle comme de 10, 12 et 15 ans ou même niveaux d'adultes ; et il existe généralement un rapport entre le niveau établi de cette manière et la profession du sujet examiné. Or la profession d'une personne, sauf exception, est certes le meilleur critère social que nous ayons de sa valeur intellectuelle. Il nous semble donc qu'on puisse conclure de là que notre échelle de tests reste un bon instrument pour apprécier les différences de niveau intellectuel des adultes aussi bien que des enfants.

2) *Malades adultes avec affaiblissement intellectuel*. — Chez ces sujets l'affaiblissement est contrôlé par la clinique, la clinique y reconnaît même différents degrés ; eh bien examinons-nous ces malades avec nos tests, les résultats confirment l'affaiblissement et ses degrés. En serait-il ainsi s'ils ne valaient que pour des enfants ?

Les faits semblent donc bien prouver que notre échelle de tests est susceptible de mesurer le degré de conservation des facultés intellectuelles comme leur degré de développement.

C'est que le fonctionnement normal de l'intelligence exige en effet l'intégrité des choses acquises et n'est pas seulement je ne sais quelle faculté abstraite indépendante de ce que l'expérience a appris. L'affaiblissement, de même, n'est pas seulement incapacité d'activités nouvelles, mais *perte d'activités* jusque-là courantes.

3. Qu'en dépit de ce qui précède il y ait lieu d'analyser en quoi une intelligence d'adulte, ou l'intelligence d'un malade affaibli, diffère de l'intelligence d'un enfant de même niveau, cela va de soi ; de même, nous le répétons, qu'un enfant imbécile âgé de 10 ans et d'un niveau mental de 3 ans n'est pas entièrement assimilable à un enfant de 3 ans normal. Seulement c'est là un autre problème. Il n'implique pas que nos tests ne puissent servir à mesurer une intelligence d'adulte, il signifie que, ce premier travail fait, des compléments d'études sont possibles — et possibles d'ailleurs peut-être avec le même instrument en pénétrant dans le détail des réponses au lieu de s'en tenir à leur appréciation grossière.

A cet égard, encore, on a voulu distinguer ce qui est appris de ce qui est en quelque sorte créé au fur et à mesure, ce qui est automatique de ce qui paraît impliquer une sorte d'exécution

volontaire... Malheureusement je crains bien qu'il y ait là une grande part d'*a priori* théorique. Et je demande de nouveau qu'on veuille bien examiner comment les choses se présentent en réalité.

Eh bien, comment elles se présentent, le voici une fois de plus :

Le plus souvent, lorsqu'il y a affaiblissement, l'affaiblissement est global de même que le développement de l'intelligence : l'aptitude à répéter des chiffres ou des phrases après une seule audition (épreuve d'attention, mémoire) est diminuée ; la compréhension de questions est atteinte également ; et, semblablement, le comptage de monnaie — lequel est cependant bien chose acquise — se montre altéré.

Seulement, tout de même, subsistent à côté de ces modifications ce qu'avec Binet nous appelions des séquelles ; et, à côté de séquelles qui sont vraiment des séquelles d'instruction : écriture, orthographe..., on peut relever des séquelles intellectuelles et notamment dans les attitudes mentales. Il ne me paraît pas douteux à cet égard qu'à égalité de niveau les définitions supérieures à l'usage et plus souvent encore les réponses par interprétation à la présentation d'images constituent une part plus importante du niveau de malades affaiblis que de celui d'arriérés. Ces points de vue sont des restes du passé qu'il faut interpréter comme tels.

Si l'on veut dire par conséquent que des tests applicables à des enfants n'ont pas chez des adultes absolument la même signification, nous serons entièrement d'accord ; mais, encore une fois, cela ne veut pas dire que notre échelle de tests ne puisse mesurer le niveau mental d'adultes, et même ces tests nous paraissent au contraire susceptibles de nous conduire à une conception de ce qui constitue essentiellement l'intelligence adulte. L'instrument ne repousse certes pas des compléments nécessaires, mais il s'avère à lui seul d'une incontestable utilité.

Faut-il exprimer en années d'âge le niveau mental d'un adulte ?
par M. Th. SIMON.

Sous ce titre très étroit je me propose en réalité de traiter une question beaucoup plus générale : comment exprimer le niveau mental d'un adulte ?

1. L'exprimer en années d'âge est peu satisfaisant à bien des points de vue : s'il y a analogie des résultats quant au niveau global, il va de soi qu'il n'y a pas identité dans l'état mental et qu'un adulte avec niveau mental de 12 à 13 ans diffère intellec-

tuellement à bien des égards d'un enfant de cet âge. Longtemps nous avons dit : il ne faut voir là qu'une manière de parler ; le chiffre est commode, mais il est trop clair qu'il ne faut mettre derrière le chiffre des années que ce que nous savons qu'il exprime... Son usage implique une réserve mentale.

Toutes les affirmations scientifiques ont beau être un peu de cette nature, il ne s'ensuit pas que cela n'aille pas sans inconvénients. En la matière les inconvénients sont multiples ; d'autant qu'ils sont aggravés par le fait que cette langue de la psychologie expérimentale, par les applications qui ont été faites, a rapidement débordé les auteurs qui l'ont introduite.

Une appréciation en années d'âge est loin d'avoir toujours le même sens. Et notamment elle n'a pas le même sens quand nous utilisons nos tests et quand les laboratoires américains emploient la révision qu'ils en ont publiée. L'échelle de Terman et la nôtre n'ont pas été construites de la même façon. Notre échelle (et tous nos tests) sont édifiés en partant des seuls écoliers en cours régulier d'étude. Les échelles américaines (et, je crois, la plupart des échelles étrangères), aspirent à représenter l'enfant moyen de chaque âge. Je ne discuterai point aujourd'hui quel est le meilleur de ces deux principes. Le second est plus logique. Je ne suis pas convaincu qu'en la matière il soit malgré cela préférable. Cela m'entraînerait trop loin d'en montrer les inconvénients que j'y vois. Mais retenons ces divergences. Elles aident peut-être mieux à comprendre que nous n'ayons jamais été très choqués personnellement d'exprimer en âges l'intelligence d'une personne puisque nous savions tout ce qu'avait de particulièrement *conventionnel* pour nous pareille manière de parler. Nous ne voulons pas dire d'ailleurs que précisément cette manière de parler ne doive pas être réformée.

2. Autre remarque. Tant qu'il s'agit d'enfants ou d'arriérés, exprimer l'intelligence en années d'âge répondant à l'idée que nous nous faisons d'avances ou de retards dans le développement, ou à notre conception d'arrêts prématurés, constitue formule assez expressive. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'adultes normaux. Dire d'un adulte normal, niveau de 12 ou de 15 ans a quelque chose qui surprend et qui exige là encore qu'on soit au courant — ce qu'on ne peut vraiment demander à tout le monde — des statistiques établies quant au niveau mental dans les milieux les plus divers.

Veut-on une comparaison ? Écrivez d'un enfant de 10 ans qu'il a une taille de 6 ans, on approuvera cette manière de faire. Dites d'un adulte qu'il a une taille de 16 ans, on l'imaginera peu

développé alors qu'en fait une taille de 16 ans est une taille moyenne.

Nous n'exprimerons donc pas en années d'âge un niveau mental d'adulte. Terminez plutôt un rapport médico-légal en écrivant que l'inculpé présente un niveau mental de 10 ans 5 mois et vous verrez les magistrats sourire de la formule, outre qu'ils ne la comprendront pas. Nous avons, par suite, depuis longtemps, cessé de nous exprimer ainsi, et depuis le jour où à cette société nous avons fixé la limite supérieure de la débilité mentale, nous avons utilisé un langage plus expressif.

Trois situations :

a) *Etats d'arriération.* — Pour eux les termes *débilité, imbecillité, idiotie* conviennent très bien lorsqu'il s'agit d'adultes. De la même façon que le terme *nain* convient pour un adulte qui n'a pas atteint la taille courante, le mot *nain* est toutefois plus vague, ne comportant pas de degré.

Notons même en passant qu'à cet égard c'est l'application de ces termes aux enfants qui a au contraire longtemps présenté des difficultés. Le quotient intellectuel a été un artifice pour se tirer d'embarras. Des courbes de croissance intellectuelle telles que celles que nous avons publiées avec Mlle Bonnis sont, croyons-nous, encore préférables.

b) *Affaiblissements.* — La pratique courante de l'aliénation demande que les abaissements de niveau ou les affaiblissements puissent être également classifiés de façon commode et expressive. Nous utilisons alors les formules suivantes : diminution ou affaiblissement intellectuel *qui ramène le niveau mental global au niveau de la débilité ou de l'imbecillité.* Pareilles formules qui sont loin d'impliquer une identification complète de l'état mental ont le défaut d'être un peu longues, mais elles nous paraissent vraiment hors d'atteinte de toute critique, tout en gardant le bénéfice d'une précision nécessaire.

c) *Restent les états normaux.* — Nous y distinguons un certain nombre de degrés :

niveaux mentaux limites ou frontières,
niveaux mentaux suffisants,
niveaux mentaux moyens,
et niveaux mentaux supérieurs.

Ces étiquettes ne sont encore, je l'avoue, qu'à demi satisfaisantes. Notamment nous appelons niveau supérieur un niveau qui, malgré tout, n'est pas très élevé. Il faudrait d'autres repères, choisis en dehors de ceux où nous avons cherché les pre-

miers et dans des milieux où l'on rencontre une évolution de l'intelligence plus poussée. Quelquefois nous comparons personnellement ses résultats à ceux d'élèves d'Ecole normale qui constituent une première élite sur laquelle nous avons l'occasion d'expérimenter. Et c'est probablement par l'étude de sujets sortant ainsi plus ou moins de la masse qu'on pourrait préciser des degrés ; à quoi la méthode des percentiles peut sans doute servir également. Mais il n'en reste pas moins que, pour l'usage courant, les degrés dont nous disposons paraissent à peu près suffisants et sans équivoques possibles. Ils ont, en outre, cet avantage, tout en correspondant à des chiffres d'âge précis, d'être formulés en étiquettes verbales qui leur enlèvent toute brutalité excessive.

Aspects de la gliose sous-optique dans ses rapports avec les étapes des syndromes hébéphréniques et leur curabilité,
par M. Maurice DIDE.

Des travaux poursuivis depuis longtemps à Braqueville, il résulte qu'on enregistre dans diverses formes d'hébéphrénie :

1° Des lésions cellulaires nobles précoces :

A) dans le système sympathique ganglionnaire ;

B) dans les cellules végétatives pigmentées céruléennes et nigériennes ;

C) dans le système de cellules homogènes qui relie le cervelet aux tubercules quadrijumeaux ;

D) dans le système sympathique de la moelle épinière.

2° Des lésions cellulaires nobles tardives lipodystrophiques dans les cellules corticales.

Nous n'avons noté ces lésions importantes précoces que dans un seul cas de démence précoce familiale.

Il a paru intéressant d'aborder le problème du point de vue des systèmes cellulaires réactionnels. C'est ainsi que nous avons tenu à comparer l'aspect des mêmes régions dans les maladies involutives (Syndrome de Pick, démences avec lésions artérielles, paralysie générale, etc.).

Les différences sont évidentes. Dans les syndromes involutifs, les réactions sont surtout conjonctives et partent de vaisseaux assez importants. Les colorations au V.G., au Gallego, à la S.P.I.C. sont démonstratives et montrent, au contraire, l'intégrité de ces vaisseaux dans l'hébéphrénie, au lieu que les capillaires profonds, inégalement dilatés, deviennent le siège d'une

réaction névroglique d'autant plus évidente que l'évolution morbide fut plus prolongée.

Cette constatation orientait nos recherches vers l'examen méthodique, en coupes séries sagittales colorées pour la névroglie.

Une modification de la méthode d'Holzer (1) nous a permis de réunir une collection anatomo-pathologique de coupes comparables d'un cas à l'autre.

Je me borne aujourd'hui à l'étude des régions qui vont des olives bulbaires à la couche optique et comprennent le cervelet, les tubercules quadrijumeaux, les cellules pigmentées juxta-pédonculaires, le système cellulaire amorphe et la couche optique. Ces lésions, constatées suivant un plan de recherche adopté, ne sont pas exclusives de modifications constatables ailleurs. Si nous savons déjà que l'anatomie pathologique de l'hébéphrénie ne se termine pas au chapitre que nous ouvrons, celui-ci nous paraît le plus important.

Avant d'interpréter les faits anatomo-pathologiques, j'ai cru devoir contrôler la névroglie à l'état normal et colorée par la même méthode. A cet effet, des préparations de fœtus, d'enfants de différents âges et de jeunes adultes morts par accident ou suppliciés, furent exécutées.

L'histologie normale de la névroglie pédonculo-quadri-gémellée nous la montre assez analogue à celle de la corticalité encéphalique : sous la paroi épendymaire, on note une couche dense, étroitement feutrée, que toutes les méthodes colorent ; puis, plus en profondeur, on note un réseau beaucoup plus lâche, mais constitué par des fibres rectilignes ; dans les carrefours, on perçoit des cellules névrogliques au travers desquelles semblent passer les fibres.

L'étude des régions profondes à l'immersion révèle la présence d'astrocytes disséminés dans les territoires sous-quadri-gémellés et optiques.

Le pédoncule cérébral est parcouru par un réseau névroglique très délicat constitué par des fibres ondulées, suivant le trajet

(1) On sait que la méthode d'Holzer originale traite des coupes à congélation ; or, quelle que soit l'habileté d'un technicien, il apparaît impossible d'obtenir dans ces conditions des séries de coupes de grande dimension utilisables. Partant de pièces fixées au formol et des coupes à la paraffine aussi minces que possible, suivant les temps d'Holzer, à de faibles différences près, presque toujours des précipités subsistent. Nous les éliminons très aisément grâce à un mélange en parties égales xylol-huile d'aniline. Les pièces, différenciées à fond, sont lavées trois heures dans du xylol pur, puis montées au baume et séchées 1 heure sur l'étuve à 56° avant d'être regardées.

du ruban de Reil, tandis que d'autres sont perpendiculaires aux premières et beaucoup plus rares.

Les grosses cellules pigmentées du liquide céphalo-rachidien sont entourées d'un réseau névroglie très délié.



Cerveau normal

FIG. 1. — Tub. quad. post. Holzer modifié. 16 μ /m. K. 12.

Le pédoncule cérébelleux supérieur, surtout dans sa lèvre inférieure, comporte des pinceaux névroglie minces et ondulés qui, s'entrecroisant au niveau de l'insertion pédonculaire avec la névroglie de cette région, forment un réseau de fibres fort discrètes.

La région nigéro-infundibulaire révèle normalement un développement névroglie important qui mériterait une étude spé-

ciale, de même que celui qu'on rencontre dans la valvule de Vieussens et le pédoncule de la glande pinéale.

1° L'étude de nombreux *hébéphréniques anciens* montre d'abord un fait important. Le feutrage névroglique pariétal

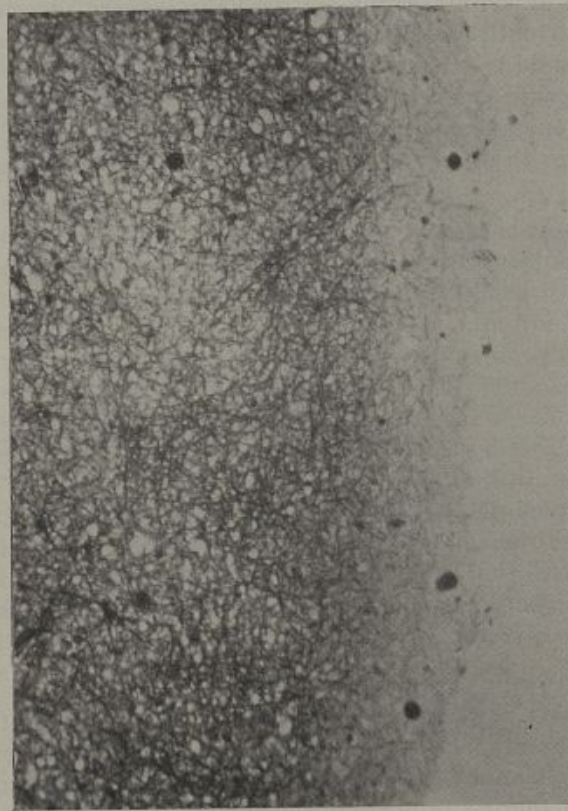


FIG. 2. — Tubercule quadrijumeau postérieur Holzer modifié. 16 μ /m. K. 12. Hébéphrénie ancienne. Noter la disparition de la névroglie périphérique, et les grains amylacés.

juxta-épendymaire *se raréfie au point* de n'être parfois plus colorable. Il ne subsiste par endroits, comme reliquat d'un tissu disparu, que des grains amylacés, parfaitement colorés par le Holzer et toutes les méthodes appropriées.

Quant au réseau, normalement rectiligne, sous-jacent, il s'ondule irrégulièrement, ses éléments se fragmentent et les mailles

s'encombrent de résidus amorphes, colorés de façon diffuse par de nombreux réactifs.

Par contre, la névroglie péri-cellulaire est parfois densifiée au point d'enserrer les cellules nobles et de compromettre leur existence.

La date de cette réaction est d'ailleurs encore incertaine et je la crois surtout précoce, car elle paraît diminuer et même disparaître chez de très anciens malades dont les cellules ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Dès lors, les régions altérées prennent en masse les colorants électifs de la névroglie, transformant ces tissus en aréoles où la structure devient difficile à déceler.

2° *Lésions constatées après une évolution de 4 ans.* — Les coupes montrent une extraordinaire réaction des cellules astrocytaires qui semblent pulluler dans les régions sous-optique et optique tandis que, déjà, la névroglie fibrillaire tangentielle se raréfie. La prolifération de la névroglie fibrillaire dans le trajet des cellules amorphes est véritablement énorme.

L'étude de l'axe cérébro-spinal dans son ensemble témoigne d'une prédilection lésionnelle à ce niveau, mais non d'une spécificité de localisation que rien n'expliquerait.

L'étude des méningites en plaques, lorsqu'elles existent chez les aliénés hébéphrénico-catatoniques, montre leur fréquence dans la fosse postérieure de la boîte crânienne et apportent des éclaircissements à la prédilection des agents pathogènes, quels qu'ils soient, à ce niveau.

Nous concluons, à titre provisoire :

L'évolution névroglique subit des variations suivant l'époque de l'hébéphrénie, elle se caractérise, sans doute, initialement par une multiplication astrocytaire profonde et, certainement, par une raréfaction de la névroglie fibrillaire tangentielle à la fin de l'évolution.

M. Ach. DELMAS. — M. Dide dit que le traitement de la démence précoce est d'autant plus efficace qu'il est plus précoce. Mais cette précocité peut justement empêcher d'affirmer le diagnostic et, par conséquent, risque de fausser le résultat des statistiques d'amélioration.

M. GUIRAUD. — M. Dide utilise une technique particulièrement intéressante dans la coloration de la névroglie. Il serait intéressant de la connaître dans ses détails.

M. DIDE. — Vous en trouverez toute la description dans la communication.

M. HAMEL. — Quel est le traitement exact employé par M. Dide?

M. DIDE. — Le traitement par les ondes courtes, poursuivi longtemps (50 heures et quelquefois 100 heures de traitement : 2 heures 1/2 le matin, autant le soir ; repos de 2 ou 3 jours, puis reprise).

M. TUSQUES. — Le traitement par les ondes courtes est utilisé depuis longtemps à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. M. le Professeur Henri Claude et ses collaborateurs publieront prochainement des statistiques montrant des résultats intéressants. Cela aussi bien dans la paralysie générale que dans les états de démence précoce ou dans des cas de troubles mentaux difficilement étiquetables nosologiquement.

Syndrome d'Adie, psychasthénie et tuberculose, par MM. J. BOREL, Médecin-Chef et R. DUTOUR, Interne de l'Asile de Breuty-La Couronne (Charente).

Depuis les travaux d'Adie sur la pupille tonique avec aréflexie tendineuse, de nombreuses observations ont été publiées où le syndrome neurologique, complet ou partiel, était associé avec des troubles mentaux. Parmi ces derniers, les états dépressifs et anxieux paraissent le plus souvent en cause. Ces troubles, volontiers considérés comme des manifestations de déséquilibre neuro-végétatif, apporteraient une preuve en faveur de la localisation di-encéphalique des lésions déterminantes du syndrome d'Adie, à l'origine duquel se situerait une intoxication ou une infection.

Récemment, MM. G. Petit et Delmond ont fait, du syndrome d'Adie en pathologie mentale, une revue générale, qui nous a servi de guide dans l'étude de notre cas. Nous rapportons une observation de syndrome d'Adie chez une psychasthénique tuberculeuse.

OBSERVATION. — Mlle B., âgée de 32 ans, est atteinte de dépression psychique, avec angoisse, phobies et obsessions. Cet état, qui remonte fort loin, évolue de façon subcontinue, au point de lui interdire toute activité sociale.

Enfant, elle était très timide, émotive, impressionnable, peureuse ; en outre, taciturne et renfermée, peu expansive même avec les siens,

trop sensible aux réprimandes, très susceptible et d'un amour-propre exagéré, elle souffrait déjà d'une sensibilité trop vive et douloureuse. A l'école, elle fut paresseuse, malgré ses facilités pour apprendre ; elle avait du goût pour la littérature ; à 14 ans, elle n'a plus voulu continuer ses études. Elle aimait les jeux tranquilles, la solitude ; de caractère difficile, très volontaire et entêtée, elle s'entendait assez mal avec ses camarades. Dans l'ensemble, son humeur restait cependant assez gaie.

A onze ans, à l'occasion de la première communion, elle éprouva ses premiers scrupules, accompagnés d'inquiétude.

A quinze ans apparut l'état dépressif, qui dure en somme depuis lors, avec des rémissions, mais de moins en moins importantes. Le premier accès se produisit presque brusquement, sans motif appréciable, sans choc moral. Elle devint triste, inquiète, sans entrain, sans goût pour l'existence, se replia sur elle-même. La mort de sa grand'mère, qu'elle aimait beaucoup et avec qui elle se sentait plus en confiance qu'avec ses autres parents, vint aggraver son état.

Sur le fond dépressif se manifestèrent des scrupules religieux intenses ; c'était la crainte du péché sous toutes ses formes. Elle éprouvait en même temps un besoin, un désir de sacrifice, de mortification, qu'elle essayait de satisfaire en se privant de toutes sortes de petites choses. Mais rapidement les actes et les gestes créés par l'obsession dégénérèrent en simples habitudes, sans signification mais tyranniques, qui persistèrent très longtemps, sous forme de rites obligatoires, à propos des moindres faits de la vie banale.

Les scrupules religieux ont dominé, comme elle dit, toute son existence. Les pratiques religieuses devinrent tellement pénibles qu'elle fut obligée d'y renoncer. Depuis 7 à 8 ans, quoique très croyante, elle ne pratique plus.

Le même fond de tristesse et d'inquiétude a persisté avec des variations, irrégulières et de courte durée. A 20 ans, la dépression s'accrut pendant une période de plusieurs mois. A 25 ans, un certain rythme très approximatif se dessina, dépression de plusieurs mois, rémission de quelques semaines. Mais jamais, entre les périodes dépressives, elle ne se sent tout à fait normale ; les mêmes inquiétudes persistent, atténuées, simplement repoussées à l'arrière-plan mais toujours présentes.

A 27 ans, est apparue la phobie du toucher. Les scrupules religieux sont passés au second plan, quoiqu'ils reviennent avec force quand la dépression s'accroît. Elle commença par se laver les mains très souvent, c'était un besoin impérieux. Puis elle n'osa plus rien toucher, ni se servir de rien de ce qui était à la maison ; les vêtements, le linge furent mis de côté. La toilette devint de plus en plus pénible, elle finit par y renoncer et restait des journées dans sa chambre sans rien toucher. La phobie s'étendit à tout ce qui avait trait de près ou de loin à la toilette. Le trouble était moins marqué pour la table et la nourriture. Mais c'est uniquement à la maison que la phobie se

manifestait ; au dehors, elle ne l'éprouvait jamais, à moins qu'elle ne retrouvât des objets venant de la maison ou la lui rappelant trop bien. Autrefois, elle pouvait encore, à certaines périodes, s'occuper aux travaux familiaux ; depuis plusieurs années elle a été réduite à une inactivité complète.

L'examen physique permet les constatations suivantes :

Maigreux ; poids de 43 kilogs pour une taille de 1 m. 61. L'appétit est assez bon, l'alimentation régulière mais restreinte.

Morphologie sans dominante nette, le type corporel plutôt longiligne et la face pynique.

Pas de stigmates de dégénérescence ; cependant on peut remarquer une très légère microphthalmie gauche, avec obliquité plus marquée de la fente palpébrale en haut et en arrière, du type mongolien. La denture montre au niveau des incisives un bord légèrement crénelé.

Au point de vue neurologique, on met en évidence un syndrome d'Adie, pupille tonique et aréflexie tendineuse.

La pupille droite est en mydriase, plus grande que la gauche, et légèrement déformée en ovale. A nos divers examens nous la trouvons toujours plus grande que la gauche ; cependant, la malade prétend qu'elle serait d'ordinaire plus petite. Elle est absolument immobile à la lumière ; le réflexe lumineux à gauche est normal. Le réflexe consensuel est aboli, tandis que la pupille gauche se contracte bien quand on éclaire la pupille droite.

A la convergence provoquée, la pupille se contracte sans hésitation très marquée.

Dans la pièce assez fortement éclairée, la pupille droite, laissée au repos, c'est-à-dire en accommodation spontanée, se contracte très lentement et se met en position moyenne. Dans la demi-obscurité, on ne la voit pas se dilater de façon appréciable.

Dès qu'on approche le faisceau lumineux, se produit une dilatation paradoxale et la pupille maintient sa mydriase et paraît absolument rigide à la lumière.

Pas d'hippus ; pas de nystagmus.

Les réflexes patellaires sont abolis. Tous les autres réflexes, tendineux et ostéo-tendineux, existent ; les achilléens et les stylo-radiaux paraissent même un peu vifs.

La tension artérielle est de 12-7 au Vaquez. Le pouls, parfois légèrement ralenti, bat selon les examens à 60, 64, 66.

Le réflexe oculo-cardiaque est tout à fait normal, pouls 66, réflexe oculo-cardiaque 60 en position couchée.

Une certaine pâleur avec légère décoloration des conjonctives et des lèvres se remarque au visage et éveille l'idée d'anémie. Un examen hématologique pratiqué récemment à Paris a montré une formule absolument normale qualitativement et quantitativement.

Le métabolisme basal, au seul examen que nous avons pu faire pratiquer, était augmenté de 20 0/0. Cependant on n'observe aucun

signe d'hyperthyroïdie, ni goitre, ni exophtalmie, ni tachycardie, ni tremblement. Au contraire, cliniquement, on note des signes d'insuffisance thyroïdienne, une frilosité marquée, les cheveux fins et secs, la queue du sourcil dégarnie. L'augmentation du métabolisme basal est peut-être due, au moins en partie, au fait que la malade n'a pas suffisamment suivi les recommandations prescrites et s'est un peu fatiguée la veille de l'examen.

On relève encore un léger subictère conjonctival et quelques traînées discrètes de teinte jaunâtre au niveau des téguments et des muqueuses, paume des mains, joues, voûte palatine.

La peau ne présente pas de dermographisme ; mais les réactions cutanées sont fréquentes sous forme d'urticaire, qui survient toujours le soir, sans qu'on ait pu déceler une cause alimentaire à son origine. Récemment s'est produite, en outre, une éruption de papules érythémateuses, surtout marquée au niveau des mains et des avant-bras, symétrique, légèrement disséminée sur le reste du corps et apparue peu après le début d'un traitement par l'hectine.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Les règles sont normales, survenant tous les 28 jours, et d'abondance moyenne, mais parfois un peu en avance ou un peu en retard. Nous avons noté, pendant l'époque, une augmentation de volume du corps thyroïde.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht dans le sang sont entièrement négatives, avec hémolyse totale correspondant à H8 de l'échelle colorimétrique.

Les *antécédents personnels* nous apprennent que la malade eut une enfance fragile, sujette de bonne heure à des bronchites fréquentes. Les règles n'apparurent qu'à l'âge de 14 ans et demi ; elles n'ont manqué que deux fois, au cours de périodes dépressives.

A 28 ans survint une pleurésie. Quelques mois auparavant, la malade présentait une déficience de l'état général, avec asthénie, inappétence, amaigrissement, non en rapport avec la dépression, car l'état moral fut exceptionnellement bon à ce moment. Puis se forma un épanchement pleural à droite, affirmé par le médecin, quoiqu'il n'y ait pas eu de ponction, avec point de côté, toux sèche et fièvre à 38°5 environ pendant 3 semaines. La convalescence dura deux mois. L'année suivante apparut une nouvelle période de fatigue et d'amaigrissement, avec température subfébrile. Une radiographie montra quelques ombres au sommet ; un traitement par les sels d'or fut entrepris et la guérison obtenue au bout de quelques mois. Avant le traitement aurique, une analyse d'urine révéla une albuminurie de 4 à 5 centigr. qui disparut spontanément.

Dans les *antécédents héréditaires*, on relève des troubles nerveux du type dépressif et des manifestations bacillaires.

Le père souffre d'une maladie de foie d'origine éthylique. La grand'mère paternelle est de tempérament sombre, triste, inquiet.

Une sœur du père, fille de la précédente, anxieuse habituelle, est sujette à de longues périodes dépressives avec idées de suicide. Un frère du père, atteint de pleurésie à 38 ans, mourut quelques années après.

La mère est nerveuse. La grand'mère maternelle, également nerveuse, fit à 50 ans, à la suite d'un choc émotif, une période dépressive avec insomnie.

Un frère de la malade a été atteint de pleurésie à l'âge de 18 ans.

Une sœur bien portante.

L'examen du frère et de la sœur ne révèle aucune anomalie du côté du système nerveux, aucune dystrophie. On note seulement, chez chacun d'eux, un astigmatisme grave de l'œil droit, que l'on retrouve également, mais atténué, chez notre malade.

Il s'agit donc d'une psychasthénique avec obsessions, doutes, scrupules, phobies et angoisse, qui présente en même temps un syndrome d'Adie typique et complet. Les troubles mentaux, d'évolution rémittente, sont fort anciens ; nous ignorons l'ancienneté du syndrome d'Adie. Les rapports entre ce syndrome neurologique et les troubles mentaux restent mystérieux et le cas de notre malade, s'il confirme la forme dépressive que prend, de préférence, le trouble mental associé au syndrome d'Adie, ne paraît pas apporter un élément nouveau concernant sa pathogénie ; mais il permet une hypothèse étiologique.

La syphilis, classiquement absente du syndrome d'Adie, ne saurait être aussi mise en cause dans notre cas. De prime abord, on pouvait penser à l'hérédo-syphilis, en présence de quelques stigmates dystrophiques, en particulier les crénelures dentaires. Mais rien ne confirme cette idée. La mère a eu trois grossesses normales, venues à terme, et n'a fait aucune fausse-couche. Le frère et la sœur ne présentent aucun stigmate d'hérédo-syphilis. La malade ne présente aucun signe cutané, viscéral ou ganglionnaire qui permette de soupçonner cette infection et les réactions de Hecht et de Bordet-Wassermann sont entièrement négatives.

D'une façon générale, les auteurs insistent sur la pathogénie sympathique du syndrome et mettent en valeur les signes associés de déséquilibre neuro-végétatif qui permettraient de localiser, dans la région infundibulo-tubérienne, les altérations causales communes. Il est possible que les troubles mentaux de type dépressif anxieux relèvent d'un dysfonctionnement sympathique ; mais l'examen systématique de notre malade ne montre guère de signes manifestes d'atteinte des centres sympathiques supérieurs, ni de troubles importants de ses métabolismes et de son système endocrinien.

Le réflexe oculo-cardiaque est normal.

Du côté de l'hypophyse, on ne trouve pas d'anomalie morphologique ; le métabolisme hydrique est normal ; il n'y a pas de glycosurie, même à l'épreuve de la glycosurie alimentaire.

Pour la thyroïde, on relève quelques petits signes d'hypothyroïdie ; le métabolisme basal est cependant augmenté de 20 0/0, mais nous avons signalé la probabilité d'une cause d'erreur. La maigreur de la malade n'a aucun caractère permettant de la rattacher à l'hyperthyroïdie, elle est due à l'alimentation insuffisante.

Aucun signe n'attire l'attention du côté des surrénales ; la tension artérielle est de 12-7 au Vaquez ; la pigmentation normale ; l'asthénie appartient au type mental, variable, non marquée et effective comme l'asthénie de l'addisonien ; la malade est capable de faire de longues marches.

L'ovaire présente peut-être une certaine déficience, marquée par une très légère insuffisance menstruelle, par l'apparition tardive de la puberté et des premières règles.

Seulement au niveau du foie, le subictère, les crises urticariennes extrêmement fréquentes, un antécédent de crise congestive douloureuse permettent d'admettre un certain degré d'insuffisance hépatique.

MM. G. Petit et Delmond ont insisté sur le rôle de l'anémie à l'origine de certains états complexes avec troubles pupillaires et aréflexie, réalisant un syndrome neuro-psycho-anémique.

Malgré l'aspect clinique de notre malade, pâle et aux muqueuses peu colorées, le sang ne présente aucune modification.

L'anémie donne lieu, en général, à des manifestations identiques à celles des toxi-infections et c'est à une intoxication ou une infection qu'on tend, en définitive, à attribuer le syndrome d'Adie.

Certains auteurs ont rapproché l'aréflexie tendineuse des irréflexivités polynévritiques. On en a même fait un stigmate d'hérédo-alcoolisme. Notons, en passant, que le père de notre malade est alcoolique. D'autres en ont fait un signe d'affection lentement évolutive et même latente, agissant par atteinte toxico-infectieuse directe du système nerveux ou par atteinte indirecte liée à des troubles du métabolisme déterminant des états d'auto-intoxication.

A cet égard, il nous paraît intéressant de mettre en valeur l'infection tuberculeuse, discrète, mais certaine, chez notre malade. Dans l'enfance, elle était sujette aux bronchites, à 28 ans, elle fit une pleurésie et un an après, une poussée bacillaire

fébrile. Son frère aîné a fait, à 18 ans, une pleurésie ; un oncle est mort de maladie pulmonaire après pleurésie.

L'infection tuberculeuse, discrète et même latente, serait-elle à l'origine des lésions nerveuses ? on ne saurait le prétendre, quoique la tuberculose soit génératrice de multiples manifestations nerveuses et mentales ; mais cette hypothèse permet un rapprochement entre les symptômes de la maladie d'Adie et certains signes d'altérations nerveuses qu'on rencontre au cours de la tuberculose.

Si l'aréflexie tendineuse a été assimilée aux irréflexivités polynévritiques, on peut en effet la rapprocher de la polynévrite tuberculeuse.

D'autre part, on connaît la mydriase, attribuée précisément à une irritation sympathique, qui s'observe assez souvent chez les tuberculeux, du même côté que les lésions pleuro-pulmonaires. Il ne s'agit pas d'une pupillotonie, mais d'une simple mydriase. Il est intéressant de constater que, dans notre cas, la pupille tonique se trouve à droite, du même côté que la pleurésie.

En somme, si l'on cherche une étiologie toxi-infectieuse au syndrome d'Adie, seule, dans notre observation, la tuberculose peut être retenue. Cette hypothèse paraît avoir d'autant plus d'intérêt que la tuberculose, dans son affinité pour le système nerveux, peut créer des altérations au niveau des réflexes et des pupilles. En outre, elle peut réaliser le type de toxi-infection latente ou lentement évolutive dont l'aréflexie tendineuse, d'après St-Barnes, serait un symptôme.

Cependant, Adie et de nombreux auteurs pensaient que la pupille tonique avec aréflexie tendineuse représentait un état bénin, sans signes graves associés.

Oppenheim voyait, dans cette aréflexie, un simple stigmate de dégénérescence. Dans notre cas, elle s'associerait à d'autres stigmates, microphthalmie et obliquité mongolienne de l'œil gauche, crénelure dentaire.

La psycho-névrose elle-même ne serait plus qu'un état dégénératif. Elle revêt, en effet, un aspect presque constitutionnel, si l'on tient compte de son apparition à la puberté, de l'association de troubles profonds du caractère, qui semblent, pour une grande part, responsables de la tendance chronique et de la fixation de cette psychasthénie, de sa résistance à la thérapeutique autant qu'à la psychothérapie, si l'on tient compte, enfin, de l'hérédité similaire qui, des deux grands'mères mélancoliques, vient converger sur notre malade.

M. DIDE. — L'importance que l'on donne au syndrome d'Adie me paraît un peu exagérée. Pour qu'il ait toute sa valeur, il faut que l'aréflexie ait un caractère définitif. De même, pour les réflexes oculaires, il existe, en effet, des variations dans la circulation rétinienne chez certains malades mentaux qui modifient précisément ces réflexes d'une façon passagère.

Démence précoce transformée en mélancolie au cours d'une fièvre typhoïde, par MM. J. BOREL, Médecin-Chef et AYZINMAN, Interne de l'Asile de Breuty-La Couronne (Charente).

L'influence des maladies intercurrentes sur les états d'aliénation constitue un fait d'observation millénaire. La modification imposée à la psychose est en général une atténuation, une rémission, voire une guérison de la maladie. La pyréthothérapie moderne a d'ailleurs porté sur un plan beaucoup plus vaste cette question dont l'intérêt restait, jusqu'alors, épisodique. Bien moins souvent, on peut observer un changement dans la forme même de la maladie. Nous en rapportons un cas, intéressant au point de vue clinique, indépendamment des considérations d'ordre pathogénique auxquelles il pourrait donner lieu.

Vau. Marguerite, 21 ans, institutrice, entre à l'Asile de Breuty-la-Couronne en janvier 1936. Le certificat d'admission indique un état confusionnel et mélancolique, avec idées délirantes mystiques, hallucinations, négativisme, tentatives répétées d'auto-mutilation ; troubles qui paraissent symptomatiques d'une hébéphrénie. La malade vient de faire un séjour de 3 mois dans une maison de santé où elle a subi un traitement à la Sulfosin qui n'a donné aucun résultat.

Le certificat de quinzaine (D^r Loup) est ainsi conçu : démence précoce à forme hébéphrénique, perte de l'attention et du contact, mutisme, hallucinations auditives, idées délirantes d'influence et de culpabilité, oppositionnisme, périodes brèves d'excitation, refus d'aliments.

Pendant plusieurs mois la malade présente un état sensiblement analogue, fait de mutisme, d'inertie, d'indifférence à l'ambiance ; cependant on note assez souvent de l'anxiété décelable dans le regard. A certains examens, on trouve des interprétations vagues, mêlées à un léger syndrome d'influence ; on l'oblige à agir de façon particulière ; des hallucinations psychiques avec emprise de la pensée ; une série de méconnaissances, elle refuse de reconnaître sa mère, sa sœur, son beau-frère. Elle présente un négativisme net, avec périodes de catatonie au sens de Kahlbaum, tension musculaire géné-

ralisée. Elle refuse les aliments qu'on lui offre, puis dérobe brusquement le pain des malades voisines.

Le diagnostic de démence précoce semblait se confirmer de jour en jour, lorsqu'apparait une fièvre typhoïde. La température se maintient entre 38°5 et 40° pendant 18 jours. Au début, aucun symptôme n'accompagne la fièvre, ni tymphos, ni rate, ni dissociation appréciable du pouls. Le séro-diagnostic au 11^e jour est positif au 2 centième pour le bacille d'Eberth. Trois jours plus tard un séro-diagnostic de contrôle est positif pour l'Eberth au 140°. La splénomégalie apparaît tardivement, pas de taches rosées, diarrhée modérée. La maladie évolue sans complications, l'état général reste toujours bon.

Mais peu de jours après le début de la dothiéntérie, et sous son influence évidente, l'état mental se modifie. La malade sort de son autisme, elle devient sensible aux sollicitations extérieures, répond aux questions du médecin et des infirmières. C'est progressivement que se fait la transformation, plus marquée de jour en jour. En même temps un état mélancolique franc apparaît, avec anxiété importante, idées de culpabilité et d'indignité, interprétations et illusions auditives, idées de suicide, désir de mort intense. Le tableau clinique est à présent celui d'un accès franc de mélancolie anxieuse ; il va continuer avec la même intensité, quand la fièvre typhoïde est complètement terminée. Une amélioration se dessine au bout de 2 mois et la guérison est à peu près complète le mois suivant.

Il se peut qu'on ne puisse affirmer ici le diagnostic de démence précoce. Il faut, en effet, être très circonspect dans ces formes complexes qui renferment un élément mélancolique plus ou moins important ; l'évolution seule peut faire la preuve de la nature de ces états. La *mélancholia attonita* des anciens auteurs, avec sa stupeur, son inertie, son mutisme, son négativisme, réalise un tableau clinique analogue, sinon identique, à celui de certaines formes de stupeur catatonique. Aussi bien peut-elle n'être qu'un syndrome initial de démence précoce.

Dans notre observation, certaines idées de culpabilité exprimées au début, une note anxieuse fréquente, restaient en faveur de la mélancolie. Cependant, le syndrome d'influence, les hallucinations psychiques, les méconnaissances semblaient bien marquer une évolution schizophrénique.

Quoi qu'il en soit, la fièvre typhoïde survenant au cours de l'affection mentale a transformé complètement le tableau clinique. La modification s'est faite pendant la période fébrile et s'est réalisée en quelques jours. Nous n'insisterons pas sur le mécanisme toujours obscur de ces phénomènes. Notons simplement, pour terminer, ce fait paradoxal d'une maladie infectieuse grave et, en elle-même, si souvent génératrice de compli-

cations mentales et nerveuses, qui, en l'occurrence, transforme une affection polymorphe et atypique de pronostic réservé, en un accès franc de mélancolie et joue, en définitive, un rôle curateur.

M. DUBLINEAU. — Avec M. Claude, nous avons remarqué qu'après le traitement par la sulfosine, le sujet, avant l'amélioration, passe par un état passager d'excitation ou de dépression, s'accompagnant de fortes réactions végétatives.

M. DIDE. — La notion du rôle curatif des maladies infectieuses dans les psychoses est très ancienne ; on la retrouve dans Hippocrate. Dans la paralysie générale, traitée par la malaria, j'ai constaté souvent que les malades, avant de s'améliorer, passent par une phase maniaque ou mélancolique.

M. ADAM. — A l'Asile de Rouffach, dans le service d'un de mes collègues, une démente précoce certaine, internée depuis plusieurs années, fut complètement guérie par une fièvre typhoïde.

M. GUIRAUD. — De tels faits montrent qu'on a tort d'employer le terme de démence précoce, car l'incurabilité n'est pas absolue. Il y a des syndromes hébéphréniques catatoniques qui guérissent.

D'ailleurs, le terme « schizophrénie » ne convient pas davantage.

La séance est levée à 18 heures 30.

Le Secrétaire des séances,
Paul ABÉLY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XII^e Congrès Belge de Neurologie et de Psychiatrie

(Corbeek-Loo et Bruxelles, 26 et 27 septembre 1936)

Présidents : M. le Professeur G. VERMEYLEN
et M. le Docteur P. ENDERLÉ

SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE

Cette séance eut lieu à l'Institut Sainte-Camille, à Corbeek-Loo, sous la présidence de M. Emile VANDERVELDE, Ministre d'Etat, Vice-Président du Conseil des Ministres, Ministre de l'Hygiène.

M. le Ministre Vandervelde, Président d'honneur du Comité de patronage organisé à l'occasion de ces assises, a prononcé une allocution dans laquelle il a attiré l'attention sur les réformes accomplies et sur celles à réaliser pour améliorer le sort des malades mentaux. La Commission créée par M. Vandervelde, en 1920, pour préparer la révision de la loi organique sur le régime des aliénés, renouvelée par M. Soudan en 1936, n'est pas encore arrivée au terme de ses travaux. L'esprit de la loi nouvelle tendrait à faire entrer l'assistance du malade mental dans le système de l'assistance générale. Les bases de cette organisation devraient être : a) une inspection médicale très active et munie de pouvoirs assez étendus ; b) des services autonomes d'observation pourvus de tous les moyens modernes d'investigation et dirigés par un personnel particulièrement compétent ; c) une grande souplesse dans l'admission, la sortie ou le maintien du malade à l'Institut psychiatrique. Ce qui suppose une plus grande confiance des pouvoirs publics, et aussi du public, dans la compréhension qu'a le médecin de son devoir social. On est en droit d'espérer que la nouvelle loi favorisera, en prenant les garanties de sécurité nécessaires, la tendance à développer les « services ouverts » sans collocation, pour tous les malades dont l'internement ne s'impose pas ; à créer de ce point de vue l'égalité entre les malades aisés et les indigents. Les réformes qui ont été réalisées déjà seront ainsi complétées dans le même esprit, à la fois de défense sociale et de large humanité.

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Les études expérimentales de l'intelligence chez les malades mentaux,
par M. Ch. ROUVROY (de Louvain).

La majorité des auteurs ont utilisé jusqu'à présent, pour l'étude de l'intelligence chez les malades mentaux, les échelles établies par la psychologie pédagogique. L'auteur estime que ce procédé, qui peut paraître légitime *a priori*, se révèle, à l'usage, défectueux. Au début d'un déficit intellectuel, ces tests révèlent le plus souvent, en effet, une intégrité plus ou moins complète des *aptitudes automatisées*. Ce phénomène fausse les résultats, les échelles prévues pour l'usage pédagogique mettant en œuvre aussi bien l'intelligence vraie (l'adaptation mentale à des situations nouvelles) que des automatismes anciens, et leur résultat, exprimé globalement par un « âge mental » ou un chiffre unique, ne représente pas le degré d'intelligence véritable. Il y a donc lieu de distinguer, comme dans le procédé de Babcock, et de mesurer à part automatismes et activités intellectuelles proprement dites. Ce procédé offre l'avantage de donner une appréciation objective du niveau intellectuel atteint avant la maladie.

L'étude expérimentale de l'intelligence a mis en relief surtout l'altération quantitative sous forme de diminution. Cette diminution intellectuelle se montre dans des états psychopathiques plus nombreux qu'on ne l'admet ordinairement. Elle a été particulièrement étudiée dans le délire chronique, la démence précoce, la paralysie générale. Le degré de ce déficit est très variable. Aucune psychopathie ne se caractérise par un degré donné de déficit. Plus caractéristique est la rapidité d'installation de ce déficit : elle est grande dans la paralysie générale, moins grande dans la démence précoce, moins grande encore dans le délire chronique. Le niveau intellectuel d'un malade mental est en général plus instable que celui d'un individu normal, et plus instable chez certains malades que chez d'autres.

Les altérations qualitatives ont été moins étudiées. On ne peut considérer comme caractère qualitatif propre à l'intelligence en déclin, la dissociation apparente causée par la conservation d'aptitudes automatisées malgré le déficit des activités intellectuelles. La dissociation la mieux étudiée est celle des aptitudes mnémoniques qui se révèlent, dans certains cas, plus déficitaires que les autres.

En ce qui concerne la nature du déficit intellectuel, faire une distinction entre déficience réelle et déficience apparente, est sortir du domaine des faits objectifs et faire une interprétation non justifiée. La distinction entre les déficits ne peut se faire, dans l'état actuel des recherches, que par les circonstances cliniques qui encadrent la déficience intellectuelle. On peut, de cette manière, adopter la classification suivante : déficits transitoires par confusion et par perturbation affective, déficits définitifs constatés dans les états démentiels : ceux-ci pouvant être stationnaires ou progressifs (régulièrement ou irrégulièrement). Cette classification est d'ailleurs schématique, ces divers cas se trouvant fréquemment combinés, en clinique.

L'auteur termine en exprimant l'espoir que l'emploi de méthodes adaptées à l'usage psychiatrique se généralise, ce qui, certainement, contribuera à nous faire faire un grand pas en avant dans l'étude des maladies de l'esprit.

DISCUSSION

M. Th. Simon (de Paris) pense qu'il ne faut pas être obsédé par la question de savoir si les épreuves pour enfants sont applicables aux adultes. Il envisage la question sous quatre aspects : statistique, clinique, qualitatif et quantitatif, et montre les difficultés auxquelles on se heurte, quelle que soit la méthode employée. Contrairement au rapporteur, il croit qu'on doit se poser la question de savoir si l'affaiblissement de l'intelligence est réel ou apparent, et cite l'exemple de certains persécutés, des cyclothymiques, des confus. Il y a des éclipses de l'intelligence ; on peut obtenir des niveaux très variables d'après le moment du temps qu'on envisage, même chez les malades atteints de lésions cérébrales organiques. Chez les déments précoces, on obtient difficilement un réel effort du sujet, et les troubles de type maniaque, mélancolique, confusionnel, ne jouent pas ici le même rôle que chez les autres malades. On peut supposer que les mécanismes intellectuels sont souvent moins atteints que leurs modes d'évocation.

M. Heuyer (de Paris) s'associe aux remarques faites par M. Simon et pense que les tests étalonnés de Binet et Simon restent très utiles en psychiatrie pour préciser le diagnostic, ainsi que les tests du type Rossolimo pour l'analyse des aptitudes spéciales. Il insiste sur l'étude de l'affaiblissement intellectuel dans la démence précoce et montre que ces tests indiquent nettement la dissociation des fonctions intellectuelles.

Cette étude analytique est importante au point de vue doctrinal, car elle nous éloigne de la tendance à réunir sous un même vocable des tableaux cliniques très différents.

M. A. Ley (Bruxelles) montre qu'il est difficile d'apprécier par des tests certaines formes de l'intelligence, comme l'ingéniosité, la capacité d'imagination créatrice, qui ne survient qu'à certains moments privilégiés. L'observation clinique reste donc très importante. Il pense également que c'est une erreur de définir l'intelligence par la notion d'âge quand il s'agit de l'adulte ; il est impossible de comparer des processus en évolution à des processus qui régressent. La méthode des tests à questions mêlées avec procédé d'étalement en déciles ou centiles est probablement la meilleure.

M. De Greeff (de Louvain) défend énergiquement le point de vue du rapporteur et insiste sur l'importance de la distinction entre les notions automatisées et la résolution de difficultés nouvelles. En psychiatrie, il faut remplacer les tests de Binet et Simon par des tests qui éliminent tout ce qui dépend des acquisitions antérieures. Il cite des cas de malades à « niveau mental » de 6 à 7 ans qui se montrent très intelligents dans la vie courante. Les tests doivent tenir compte également des aptitudes linguistiques ; le langage est rapidement touché dans les formes vraiment démentielles.

M. J. Hamel (de Nancy) insiste sur la nécessité d'introduire la méthode des tests dans l'examen courant en psychiatrie.

RAPPORT DE NEUROLOGIE

Les tumeurs du lobe temporal, par M. L. MASSION-VERNIORY (de Bruxelles).

Ce travail, réalisé au Centre neurologique de Bruxelles (Médecin chef Dr Laruelle) comporte une étude anatomo-clinique et une étude expérimentale.

tale ; il est illustré de quatorze cas vérifiés de tumeurs temporales, sept droites et sept gauches, et d'un cas d'abcès temporal gauche. Au point de vue clinique, l'auteur signale tout d'abord la rareté du syndrome temporal pur, l'analogie de certains symptômes avec les symptômes frontaux, la fréquence des symptômes contro- homo- ou bilatéraux, soit alternants soit simultanés, faits qui rendent souvent difficile la localisation du processus. Cependant, les symptômes propres aux tumeurs du lobe temporal sont actuellement suffisamment précisés pour permettre un diagnostic ferme, même lorsqu'il s'agit du lobe temporal droit. En dehors de l'aphasie sensorielle, symptôme principal des tumeurs du lobe temporal gauche, les éléments du diagnostic de tumeur temporale sont :

1° Les troubles sensoriels, — complexes hallucinatoires, déficits sensoriels — par irritation ou destruction des aires olfactive et auditive, et de l'aire visuelle dans sa partie temporale.

2° L'hémiplégie contralatérale, associée à une astasie-abasie avec tendance à la chute en arrière, ou vers le côté opposé à la tumeur.

L'astasie-abasie temporale — élément très important du diagnostic — résulte de l'atteinte du système temporo-ponto-cérébelleux et des voies vestibulaires, ou de l'atteinte de l'appareil du stato-tonus mésentencéphalique.

3° Des symptômes associés : atteinte de la III^e paire, syndrome pallidal controlatéral, symptômes hypothalamiques, infundibulo-tubériens, indiquant la répercussion du néoplasme sur la partie inférieure du diencephale médian.

La parésie faciale de siège controlatéral, dite de « type temporal » constitue souvent un signe précoce. A tous les stades d'évolution d'une tumeur du lobe temporal, le repérage ventriculographique de Laruelle peut fournir un élément objectif décisif du diagnostic ; il doit être systématiquement pratiqué. Les spongioblastomes sont très fréquents dans cette région, et l'affection présente souvent au début l'allure d'un trouble circulatoire.

Du point de vue expérimental, l'auteur conclut de la revue de la littérature et de ses recherches personnelles effectuées sur dix chiens, que le lobe temporal joue un rôle dans la coordination oculo-céphalique, dans la coordination de la musculature du cou et du tronc, dans le contrôle de l'appareil vestibulaire. Il indique enfin les sens dans lesquels son expérimentation sera poursuivie, dans l'espoir de mettre en évidence des connexions vestibulaires et cérébelleuses, et d'établir une formule vestibulaire typique du lobe temporal.

L'exposé du rapport fut complété par la projection d'un *film cinématographique* particulièrement démonstratif.

DISCUSSION

M. Barré (de Strasbourg) pense qu'il faut aborder l'étude des tumeurs du lobe temporal dans un esprit nouveau, en faisant abstraction des données de la pathologie vasculaire. Le plus souvent, ce sont les symptômes de voisinage qui dominent la scène, les symptômes locaux étant minimes. L'intensité et le caractère de la céphalée, la stase papillaire, les crises nerveuses variées et singulières à caractère non typiquement épileptique, les troubles infundibulo-tubériens, doivent particulièrement retenir l'attention. Il faut s'attacher à l'analyse détaillée des complexes symptomatiques qui sont très variés et dont aucun n'est typique.

M. Stenvers (d'Utrecht) discute la valeur de la parésie faciale, des troubles oculo-moteurs homolatéraux qui sont fréquents aussi dans les tumeurs et les abcès du lobe frontal, et enfin du nystagmus optocynétique dont il indique les rapports avec les grandes voies d'association.

M. Brun (de Zurich) pense que les troubles ataxiques dépendent de l'hypertension, par compression brutale des centres du mésocéphale. La compression du faisceau de Türek ne peut, à elle seule, expliquer l'astasié-abasie, car il pénètre dans la partie postérieure de la protubérance, d'où partent les voies de coordination des membres supérieurs.

M. Divry (de Liège) indique les principales causes d'erreur qui font que la symptomatologie des tumeurs temporales est souvent encore très flottante, et discute la valeur du repérage ventriculaire.

Les crises uncinées vont souvent de pair avec un sentiment d'étrangeté, d'irréalité, véritables « paresthésies de la cérébration » analogues à ce qu'on observe parfois dans la démence précoce au début, la psychasthénie.

M. Van Gehuchten (de Louvain) apporte les résultats de ses observations personnelles et insiste sur les symptômes dus à l'engagement des lobes temporaux, sur le caractère des troubles psychiques, les signes de foyer, l'ataxie (qui, dans son matériel, manquait dans cinq cas sur dix), les petits symptômes cérébelleux (qui existaient du côté opposé à la tumeur dans quatre cas). L'interprétation de ces symptômes est encore difficile. Le repérage ventriculaire parfois utile au début, est dangereux en cas de tumeur un peu avancée.

M. J. Titeca (de Bruxelles) signale un cas de tumeur du lobe temporal gauche avec hémiplégie droite totale et intégrité absolue de la face ; il discute la pathogénie de cette dissociation.

COMMUNICATIONS

Existe-t-il un traitement du déséquilibre mental à réactions antisociales?
par M. L. VERVAECK (de Bruxelles).

L'auteur rappelle les résultats favorables du premier bilan quinquennal de l'application de la loi de défense sociale à l'égard des anormaux : 256 réinternements sur 1.072 libérations à l'essai, soit 23 0/0 ; encore ne relève-t-on dans ce nombre que 122 récidives de délits, soit 11 0/0 ; les autres mesures de réintégration ont été prises, soit parce que l'anormal ne se soumettait pas aux conditions d'existence qui lui avaient été imposées (113 cas) ; soit parce qu'un rapport psychiatrique avait signalé une aggravation de son état mental (12 cas) ; soit parce que l'anormal avait demandé lui-même de retourner à l'établissement de défense sociale (9 cas). (On sait que dans les prisons ordinaires, on compte de 40 à 45 0/0 de récidivistes). Le Dr Vervaeck expose ensuite les directives du traitement des déséquilibrés à tendances antisociales, tel qu'il doit être envisagé à son avis : rééducation du caractère, de la volonté, et du sens moral, réadaptation à la vie sociale sous tutelle morale et contrôle psychiatrique régulier, dans un milieu favorable. Sans doute ces tentatives de reclassement se heurtent-elles souvent à de grandes difficultés, mais des cas heureux sont enregistrés, qui compensent d'inévitables déceptions.

Quelques aspects sociaux des maladies mentales,
par M. J. PAGE (de New-York).

Etude statistique des causes de l'internement par rapport à l'âge, au sexe, à l'état civil, à l'habitat. Les chances d'internement augmentent avec l'âge, sont plus grandes pour l'homme que pour la femme ; plus grandes pour les individus divorcés, viennent ensuite dans l'ordre de fréquence, les célibataires, les veufs, les mariés. Les chances d'internement des citadins sont beaucoup plus grandes que celles des campagnards. Ni la guerre, ni la crise économique n'ont eu d'influence sur le nombre des premières admissions aux Etats-Unis.

Le traitement de la schizophrénie par l'insuline,
par M. H. BERSOT (de Neuchâtel).

Introduite par Sakel, de Vienne, cette méthode se répand rapidement. Elle consiste à provoquer chez le malade, par des injections croissantes d'insuline, un état hypoglycémique de plus en plus prononcé allant même jusqu'au coma. Le malade est laissé quatre heures dans cet état hypoglycémique, puis en est sorti par l'administration *per os* ou à l'aide de la sonde stomacale d'une solution sucrée. On prolonge ce traitement pendant deux à trois mois.

Sur 118 cas traités en Suisse jusqu'au 1^{er} août, on a vu des rémissions complètes ou de bonnes améliorations dans 85 0/0 des cas dont le début remontait à moins de 18 mois et dans les 40 0/0 des cas d'une plus longue durée. Ces chiffres coïncident avec ceux de Vienne, où plus de 200 cas ont été traités jusqu'à présent.

La cure exige une surveillance médicale continue et très attentive pour prévenir des complications respiratoires et circulatoires. L'hypoglycémie provoque des manifestations motrices glandulaires, circulatoires, nombreuses et parfois très impressionnantes, que l'auteur démontre à l'aide d'un intéressant film cinématographique.

Les traitements diacéphalorachidiens, par M. G. BOSCHI (de Ferrara).

L'auteur préconise dans le traitement d'affections diverses, soit le simple drainage céphalo-méningé par ponction lombaire, soit la production d'une « méningite aseptique » par injection intra-rachidienne d'eau distillée, ou réinjection du liquide céphalo-rachidien soutiré, ou encore injection de phénolsulfonephtaléine très diluée et alcalinisée. Il a obtenu ainsi d'excellents résultats dans des cas d'agitation schizophrénique, de confusion mentale, de spasmes post-encéphalitiques, de chorée, de névralgies du trijumeau, de sclérose en plaques, de sclérose latérale amyotrophique.

Etude de la microglie normale chez le singe,
par M. A. DE WULF (de Corbeek-Loo).

Etude morphologique des aspects très variés de la microglie dans diverses régions de l'encéphale, et principalement dans le cervelet, la corne d'Ammon, la molécule du champ 28, de Brodmann, le tuber cinereum. Démonstration de préparations histologiques d'une grande finesse.

Le rôle du sevrage alcoolique comme cause occasionnelle de la crise de delirium tremens, par MM. H. BAONVILLE et J. TITECA (de Bruxelles).

Le sevrage brusque des boissons alcoolisées chez un buveur invétéré est parfois la cause occasionnelle de l'éclosion de troubles neuro-psychiques graves pouvant aller jusqu'au délirium tremens. Les auteurs estiment que, dans ces cas, le fait de rendre momentanément aux malades une partie de la quantité d'alcool à laquelle leur organisme était accoutumé, est une mesure thérapeutique utile.

Quatre observations de maladie de Friedreich avec troubles mentaux, par MM. DE SMETH, DE WULF, DIJCKMANS et L. VAN BOGAERT (d'Anvers).

Relation de quatre cas de maladie de Friedreich avec troubles mentaux, dont trois cas ont été observés dans la même famille. L'étude des arbres généalogiques démontre que ce tableau clinique n'est pas héréditaire; le syndrome neurologique est précoce, le syndrome mental tardif; des troubles mentaux analogues se rencontrent parmi les collatéraux. Tout se passe comme si les troubles mentaux et la maladie de Friedreich étaient des affections séparées évoluant chacune pour leur propre compte.

Réflexions sur une observation anatomo-clinique de chorée de Huntington, par M. DE VOS (de Melle).

Etude anatomo-clinique du cas d'une malade dont l'affection débuta par des troubles mentaux pseudo-paralytiques sans syndrome neurologique net, qui évoluèrent pendant trois ans. A la suite d'une phase d'agitation, la malade mourut après avoir présenté un véritable état de mal épileptique. L'examen anatomique révéla des lésions diencephaliques très prononcées, typiques de la chorée de Huntington, avec lésions corticales minimales et foyer hémorragique récent, sans rupture vasculaire.

Contribution clinique à l'étude de l'encéphalopathie vaccinale, par M. DAGNELIE (de Bruxelles).

Après avoir rappelé les diverses hypothèses émises pour expliquer la pathogénie de l'encéphalopathie vaccinale, l'auteur relate une observation qui vient à l'appui de la théorie d'après laquelle le syndrome neurologique serait un phénomène allergique. Il s'agit d'une fillette de 8 mois 1/2, dont l'affection débuta par une éruption urticarienne qui apparaissait à chaque attouchement de la peau, et qu'il faut interpréter comme le témoin cutané de l'hyperallergie.

Hallucinations olfactives dans deux cas de tumeurs du lobe temporal, par M. BRUN (de Zurich).

Il faut distinguer deux catégories de troubles du goût et de l'odorat: les simples diminutions ou les troubles d'ordre mnémo-associatif, et les hallucinations. Les anosmies et les agnosies n'ont aucune valeur pour le diagnostic de tumeur du lobe temporal; les phénomènes hallucinatoires, au contraire, indiquent que la base du lobe temporal est affectée; leur début est précoce et ils peuvent disparaître ensuite.

Troubles cochléo-vestibulaires dans les tumeurs du lobe temporal,
par M. BARRÉ (de Strasbourg).

L'auteur insiste sur certains troubles subjectifs de l'audition, que l'examen objectif ne met pas en évidence ; sur la déviation de l'index, qui est un signe uniquement vestibulaire, non cérébelleux ; sur certaines réactions toniques des bras et des yeux, et enfin sur les troubles de l'équilibre (pulsions, ataxie-abasie). Ces derniers phénomènes peuvent se rencontrer dans toutes les formes de tumeurs cérébrales, et c'est par un abus de langage qu'on parle d'ataxie cérébelleuse. Ces troubles sont tout simplement vestibulaires.

Spasme de torsion post-encéphalitique. Etude anatomo-clinique,
par MM. DIVRY et EVRARD (de Liège).

Les auteurs rapportent une observation anatomo-clinique concernant un oligophrène de 17 ans, atteint, depuis l'âge de 13 ans, d'un spasme de torsion typique intéressant le cou, la colonne dorsale, les membres supérieurs avec prédominance nette à gauche et les membres inférieurs. Le tableau symptomatique réalise certains aspects de la rigidité décérébrée avec possibilité de déclenchement des réflexes toniques du cou.

L'examen anatomo-pathologique, au cours duquel une attention toute spéciale a été accordée à l'extension de la dégénérescence d'Alzheimer, a mis en évidence des lésions profondes du locus niger et des tubercules quadrijumeaux, ainsi qu'une atteinte plus discrète du pallidum et de l'infundibulum, qui ne laissent aucun doute possible quant à la nature encéphalitique du processus.

Il est remarquable que ces lésions, strictement comparables à celles du parkinsonisme post-encéphalitique quant à leur type et à leur localisation, ne s'accompagnent d'aucune rigidité parkinsonienne à caractère permanent, ni d'akinésie ou de bradykinésie. Il est, en outre, intéressant de marquer le parallélisme existant entre le siège mésocéphalique de la lésion majeure, d'une part, et la symptomatologie de rigidité décérébrée, d'autre part. Enfin, il importe de noter que ce spasme de torsion, consécutif à une encéphalite qui ne s'est pas révélée cliniquement, a évolué sur un terrain de dégénérescence.

Arthrites et arthropathies au cours de la syphilis nerveuse,
par MM. DUJARDIN et FRIART (de Bruxelles).

Présentation de nombreux clichés d'arthropathies syphilitiques et d'ostéo-arthropathies tabétiques avec fractures, accompagnés pour chaque cas d'une étude complète des réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien, qui démontre que le syndrome liquidien disparaît le premier, puis le syndrome sanguin, au fur et à mesure de la généralisation des phénomènes inflammatoires chroniques, et particulièrement des artérites. Dans le tabès, parasyphilis ou syphilis secondaire retardée, accompagnée d'une généralisation retardée, il y a une première phase anallergique, puis allergisation tardive et le tertiariisme s'installe sous forme de syphilis cérébro-spinale. Dans la pathogénie des manifestations articulaires, il y a une part évidente de troubles trophiques, mais aussi une part importante de troubles artéritiques.

Il y a donc un appoint inflammatoire à la base de toutes les arthropathies syphilitiques.

A propos du parkinsonisme d'origine toxique,
par MM. NYSSEN et L. VAN BOGAERT (d'Anvers).

Diverses substances toxiques telles que le colchique, le véronal, le plomb, le manganèse, le sulfure de carbone, et, en particulier, l'oxyde de carbone ont été trouvées à l'origine du syndrome akinéto-hypertonique.

Les études cliniques, avec ou sans contrôle anatomo-pathologique, ont été vérifiées expérimentalement chez le chien et le chat par A. Meyer. Le résultat le plus intéressant fut une lésion constante du pallidum avec intégrité plus ou moins complète du segment postérieur. Les auteurs décrivent deux cas de parkinsonisme à étiologie nettement toxique. L'un contrôlé anatomiquement ne fait qu'allonger la série des états extra-pyramidaux oxycarbonés déjà décrits par d'autres auteurs. Le second cas tend à confirmer l'étiologie saturnine signalée déjà par Lewin et par Baader. Il soulève d'autre part la question d'une action élective de certains toxiques sur un des chaînons de l'appareil nerveux tonigène et différente de celle du CO, celle-ci étant plus particulièrement pallidale.

Contribution à la sémilogie des mouvements involontaires dans l'épilepsie partielle continue (Kojewnikoff), par MM. R. DELLAERT, E. DE SMETH et L. VAN BOGAERT (d'Anvers).

Un groupe clinique indépendant des cas d'épilepsie, accompagnée de mouvements continus dans l'intervalle des paroxysmes, fut réuni en premier lieu par Kojewnikoff et Bruns ; il comporte des cas très dissemblables. Une classification systématique de ces mouvements, comparable à celle que Krebs a développée pour les mouvements post-encéphalitiques, ne fut jamais tentée.

Les auteurs rapportent trois cas, dissemblables eux aussi, à l'occasion desquels ils arrivent à signaler une série de caractères sémiologiques capitaux pour le diagnostic : les secousses dans l'épilepsie continue sont des mouvements brefs et saccadés, toujours unilatéraux, réalisés suivant des synergies normales (sous réserve de l'absence de la décontraction des antagonistes), inimitables, proches sinon identiques à ceux qui constituent le début de la crise jacksonienne. Elles peuvent présenter dans leur intensité des variations plus ou moins rythmiques, apparemment autonomes, mais souvent liées à l'apparition des accès. Elles peuvent naître ou disparaître à la faveur d'une crise convulsive. La symptomatologie d'accompagnement est souvent fruste ; quand elle existe, elle a le plus souvent, sinon exclusivement, une nuance pyramidale. La notion de rythme, de continuité, l'influence du mouvement intentionnel, de l'attention, de l'émotion, de la fatigue, du sommeil, ne semblent pas constituer des éléments sémiologiques valables. L'absence, dans les trois cas rapportés, de myoclonies arythmiques (Unverricht-Friedreich) ou rythmiques (Krebs) est, par contre, soulignée comme importante.

Les auteurs s'abstiennent de commentaires physiopathologiques, en l'absence de tout document anatomique nouveau, mais font accompagner leur exposé d'un document cinématographique démonstratif.

Trois cas de tumeurs de la région épiphysaire,
par MM. VAN GEUCHTEN et P. CALLEWAERT (de Louvain).

Etude anatomo-clinique de deux cas de pinéalome et d'un cas de glioblastome polymorphe de la région épiphysaire. La symptomatologie clinique se caractérisait par l'intensité des céphalées, des vomissements, de la stase papillaire, par un signe d'Argyll-Robertson et une paralysie de l'élévation du regard dans les deux cas de pinéalome, par une diminution de l'audition, surtout dans la gamme élevée, par des signes d'hyperexcitabilité vestibulaire et par l'absence de macrogénitosomie.

Tumeurs cérébrales multiples et troubles mentaux, par M. LEROY.

Etude anatomo-clinique de tumeurs cérébrales multiples par métastases de tumeurs lymphoïdes, de cancer gastrique et par glioblastome multiforme, caractérisées au point de vue clinique par des signes neurologiques complexes et variables, avec syndrome mental identique dans les trois cas : somnolence progressive, obnubilation intellectuelle, confusion, hallucinations visuelles.

Sur une forme particulière de gliomatose périvasculaire,
par MM. SCHERER et DE BUSSCHER (de Gand).

Démonstration de préparations histologiques relatives à une forme très particulière de gliose montrant un parallélisme gliovasculaire avec prolifération de l'adventice indépendante de la prolifération gliale. Les auteurs discutent la classification de ces lésions au point de vue cytologique et au point de vue architectonique.

Classification physiologique des écritures ; son utilité en médecine légale,
par M. H. CALLEWAERT (de Bruxelles).

L'auteur démontre, au moyen de nombreuses projections, les principales caractéristiques de l'écriture en rapport avec la disposition des doigts dans l'acte d'écrire, et indique par des exemples la valeur pratique de cette étude en médecine légale.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

HISTOIRE DE LA NEURO-PSYCHIATRIE

Etapes de la neurologie dans l'antiquité grecque (D'Homère à Galien),
par A. SOUQUES, médecin honoraire de la Salpêtrière, Membre de l'Académie
de Médecine (1 vol., in-8°, 248 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris 1936).

Comme l'enseignait déjà Hippocrate dans cette phrase que Laënnec prit ensuite comme épigraphe de sa thèse, « la médecine n'est pas une science nouvelle ». Et Littré allait même jusqu'à penser qu'« il n'est rien dans la « plus avancée des médecines modernes dont on ne puisse trouver l'embryon « dans la médecine du passé ».

Dans ce beau livre, dont certaines parties furent déjà publiées sous forme de conférences faites à la Salpêtrière, M. A. Souques expose les connaissances neurologiques des anciens médecins grecs, d'Homère à la chute de l'empire romain. Quand on étudie attentivement ces connaissances neurologiques de l'antiquité grecque, on est surpris de leur étendue et de leur profondeur. On a souvent considéré comme nouvelles des affections morbides décrites depuis bien longtemps. Des syndromes vus depuis deux mille ans reçurent depuis les noms d'auteurs modernes. Hippocrate, Arétée, Soranus, Galien avaient déjà signalé l'épilepsie dite Bravais-Jacksonienne.

Au cours de ces quinze siècles, M. Souques distingue sept étapes parmi lesquelles trois phases brillantes et quatre périodes obscures. D'Homère à Hippocrate, c'est la période philosophique de la neurologie. Encore faut-il faire des réserves sur des connaissances médicales que la disparition des documents ne nous permet pas d'apprécier. Pour les uns, le siège du sensorium était dans le cœur, pour les autres dans le cerveau, mais Bichat, Pinel et Esquirol voyaient encore dans le cœur le centre des sentiments affectifs.

Malgré des connaissances rudimentaires en anatomie et en physiologie du système nerveux, Hippocrate fit faire à la clinique neurologique d'immenses progrès, insistant sur les paralysies, les convulsions et les anesthésies croisées, admettant donc implicitement l'entrecroisement des voies motrices et des voies sensitives. Il décrivit certaines psychoses, les méningites, l'épi-

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Octobre 1936. 33.

lepsie, l'apoplexie, la migraine ophtalmique, les paraplégies traumatiques, le tétanos, la paralysie diphtérique, les amyotrophies réflexes, etc.

Entre la mort d'Hippocrate et la fondation de l'Ecole d'Alexandrie, en ce siècle qui est celui d'Aristote, sous l'influence sans doute des événements politiques intérieurs et extérieurs, la médecine grecque décline rapidement.

C'est ensuite la fondation de l'Ecole d'Alexandrie et, sous le règne éclairé des premiers Ptolémées, la dissection autorisée du corps humain. Celse et Tertullien assurent même que les deux premiers Lagides livrèrent à cet usage les criminels vivants. En cette courte période, Hérophile découvre les nerfs périphériques, leur origine cérébro-spinale, leurs fonctions motrices et sensitives, les ventricules cérébraux, la circulation veineuse de l'encéphale et les sinus de la dure-mère. Erasistrate, que certains considèrent comme le fondateur de la physiologie, signala que le développement de l'intelligence est en rapport avec la richesse en circonvolutions cérébrales et devina le rôle régulateur ou coordinateur des circonvolutions cérébelleuses. Tous deux eurent le tort de confondre les nerfs moteurs avec les ligaments et les tendons. Des 9 traités d'Hérophile et des 11 ouvrages d'Erasistrate (dont un consacré aux « Paralysies »), aucun n'est parvenu jusqu'à nous et nous ne connaissons de leurs œuvres que les courts fragments cités par Pline, Celse et surtout Galien. Ils s'accordaient pour prôner l'hydrothérapie, la gymnastique et le régime alimentaire. La thérapeutique chirurgicale d'Erasistrate était dangereusement audacieuse. A eux deux, ils ont créé l'anatomo-physiologie du système nerveux.

D'Hérophile à Galien, on se désintéresse des études anatomiques, la dissection des cadavres humains étant abandonnée bien que l'on continuât la dissection et la vivisection des animaux. L'Ecole médicale d'Alexandrie garde son prestige, mais les médecins grecs viennent à Rome, devenue le centre du monde civilisé et, d'abord méprisés, y occupent ensuite une situation en rapport avec leur succès. On ne s'occupe que de clinique et de thérapeutique. On décrit la migraine, l'hémispasme facial, le zona, on étudie les rapports du vertige et de l'épilepsie, les accidents cérébro-méningés consécutifs aux traumatismes crâniens, etc. Aux noms des médecins grecs, il faut ajouter celui d'un Romain, Celse, qui fut un encyclopédiste en même temps qu'un médecin. La psychiatrie fait alors des progrès considérables. Arétée trace le tableau de la manie, de la mélancolie, dont il note les récidives et l'alternance. Archigène attire l'attention sur le délire mystique avec automutilation. Rufus, sous le nom d'amnésie, étudie des troubles dus à l'affaiblissement intellectuel.

Puis vient la phase Galénique. Galien était un Grec d'Asie-Mineure. C'est pour obéir à un songe de son père qu'à 16 ans il se mit à étudier la médecine, et vers la fin de sa vie, il intitula — déjà ! — l'un de ses derniers livres « Diagnostic des maladies par le moyen des songes ». Quatre siècles après eux, il compléta les recherches des deux grands anatomistes d'Alexandrie. Il divisa en paires les nerfs cérébro-spinaux, étudia spécialement les récurrents et les phréniques, et montra que les nerfs médullaires avaient des racines motrices et des racines sensitives. Il fit de nombreuses et inoubliables expériences privées et publiques sur le cerveau, sur la moelle et sur les nerfs. Ce fut avant tout un physiologiste. Bien avant Gall, il entrevit la doctrine des localisations cérébrales. Fondateur de la psychothérapie, ce fut un clinicien de valeur, un anatomiste de talent, un expérimentateur de génie.

La mort de Galien marque la fin de l'histoire de l'ancienne médecine grecque. De Galien au Moyen Age, on copie, on traduit, on compile.

Telles sont les sept étapes de la neurologie dans l'antiquité grecque. Trois sont illustrées par le génie clinique d'Hippocrate, par les découvertes anatomophysiologiques d'Hérophile et d'Erasistrate, par les recherches expérimentales de Galien. Et cela nous mène jusqu'au XIX^e siècle, qui fut le grand siècle de la neurologie.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Préjugés sur la folie (Prejuicios sobre la locura), par Nerio Rojas. Conférence faite à la *Ligue argentine d'Hygiène mentale* le 5 juin 1935. 1 brochure, 35 pages. Edition « *Viva Cien Años* », Buenos Aires, 1936.

Le préjugé de l'intervention diabolique faisait autrefois de l'aliéné un personnage redouté. Incompris, il a servi de prétexte à la moquerie et au mépris en des temps moins lointains. Si depuis Pinel l'opinion d'une grande partie du public s'est modifiée, elle a abandonné d'anciens errements pour adopter de nouvelles conceptions que le professeur Nerio Rojas énumère et combat avec beaucoup d'à-propos et une connaissance profonde des jugements humains. Il rappelle que pour nombre de nos contemporains, le trouble mental implique l'inconscience et l'inadaptabilité ; le psychiatre est un être mal équilibré poussant au maximum la déformation professionnelle ; le délire est strictement provoqué par des causes psychologiques, des facteurs sociaux ; sa contagion est certaine ; le bon sens suffit à résoudre les problèmes psychiatriques, à mesurer les dangers courus par le patient ou par l'entourage, à édicter les suggestions thérapeutiques adéquates ; « les nerfs » sont responsables des troubles psychonévropathiques ; l'opposition, le négativisme expriment une perversion du caractère ; les facteurs héréditaires et les antécédents doivent être soigneusement dissimulés au médecin ; l'éloignement du milieu familial est préjudiciable au malade et retarde sa guérison.

Libérer le public de ces préjugés c'est lui faire comprendre la complexité de la nature humaine, lui permettre de mesurer les faiblesses et les misères contre lesquelles le psychiatre pourra d'autant mieux lutter qu'il trouvera dans l'entourage du patient moins d'hostilité, plus de compréhension bienveillante et de confiance.

P. CARRETTE.

Les névroses, par Jean VINCHON (1 vol. in-16, 164 pages, in *Les petits Précis*, Maloine, édit., Paris, 1936).

D'une documentation précise et nourrie malgré son format réduit, le livre de M. Vinchon constitue la mise au point la plus récente concernant les névroses. L'auteur envisage comme critère essentiel de celles-ci la conscience qu'a le malade du caractère morbide de son état. Ainsi se trouve éliminée la psychose, atteinte psychique grave, bien que l'évolution de la névrose vers celle-ci reste possible dans quelques cas rares. Deux spécialistes se partagent l'étude et le traitement de ces affections : le psychiatre, d'une part ; le psychanalyste, d'autre part. Les psychanalystes, devant le

polymorphisme apparent des névroses que réunissent un syndrome commun, l'angoisse, ne prennent pas le soin d'en établir une classification. L'auteur, après avoir étudié, dans un chapitre étendu, les diverses causes névrosiques, et les différentes constitutions qui se peuvent rencontrer, établit une classification des névroses, essentiellement basée sur leur accessibilité à la thérapeutique. Il distingue ainsi deux groupes : le premier susceptible d'amélioration par un traitement physique, le second relevant presque uniquement de la psychothérapie.

M. Vinchon distingue quatre névroses : la névrose obsessionnelle et la cyclothymie appartenant au premier groupe, la psychasthénie et l'hystérie qui appartiennent au second. Il étudie la pathogénie, la morphologie et les symptômes de chacun de ces types en insistant sur les déséquilibres glandulaire, humoral (acido-basique) neuro-végétatif (que le professeur Laignel-Lavastine a particulièrement étudié) et dont la connaissance, jointe à celle des causes sociales, des constitutions et des causes physiques peut permettre d'escompter des thérapeutiques appropriées et efficaces. Les notions classiques les plus solidement établies sont rappelées et les travaux les plus récents sont également intégrés. Figurent en bonne place les données les plus acceptables de la psychanalyse qui vient éclairer et aider l'interprétation des points restés jusqu'à présent obscurs dans les tentatives d'explication des diverses névroses. Après avoir envisagé dans son ensemble clinique, étiologique et thérapeutique la névrose obsessionnelle, l'auteur fait entrer dans son étude la cyclothymie dans ses formes légères et avec conscience. Et, certes, on conçoit combien la démarcation entre psychose et névrose apparaît fragile à l'auteur puisqu'il range parmi les névroses des états d'excitation avec diminution du contrôle et réactions graves, et des états de dépression avec anxiété et idées diverses de la série mélancolique, tels qu'il est habituel d'en rencontrer dans les asiles où les névroses ne constituent pas cependant la clientèle habituelle. Après la psychasthénie, l'hystérie est envisagée sous ses divers aspects : hystéro-traumatisés, crisards émotivo-pithiatiques, hystériques plus mentaux que neurologiques et sa pathogénie est traitée avec impartialité car les différents mécanismes qui peuvent être à son origine sont d'ordre psychologique, confusionnel, cyclo-thymique ou physiopathique.

Sans cesse au cours de ce travail, la thérapeutique est envisagée et son étude termine chacun des chapitres dont la lecture conviendra à l'étudiant et au praticien comme au spécialiste. Devant l'absence de frontière nette entre les névroses qui s'intriquent plus ou moins comme peuvent le faire les constitutions qui peuvent être acquises dans certains cas, devant la difficulté fréquente d'un diagnostic précis, le traitement n'en est pas moins d'une importance capitale justifiant les conseils pratiques dont l'auteur a émaillé le cours de son petit traité des névroses.

Maurice LECONTE.

Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanies. Leur lien avec les maladies mentales, par le Dr Amélie BUVAT-COTTIN, ancienne interne provisoire des hôpitaux de Paris (1 vol., in-8°, 170 pages. Thèse Paris, 1936, Le François édit.).

Dans cet intéressant travail, l'auteur s'est attaché à mettre en relief le lien qui réunit toute toxicomanie vraie à un état psychonévropathique

sous-jacent. Des 58 observations qu'elle rapporte, Mme A. Buvat-Cottin conclut que 80 à 90 % des toxicomanes sont, avant toute intoxication, des psychopathes, et, 9 fois sur 10, des cyclothymiques.

Passant en revue rapidement l'histoire et la séméiologie des diverses intoxications, elle montre que le pronostic est fonction de l'état psychopathique sous-jacent plus encore que de la durée et de l'intensité de l'intoxication. Elle insiste sur la nécessité de l'isolement, de l'alitement, de la psychothérapie, le recours éventuel aux toni-cardiaques et à l'hydrothérapie, et passe en revue les méthodes de sevrage qui conviennent aux divers toxiques. Pour la cure de désintoxication opiacée, elle donne sa préférence au sevrage par suppression semi-lente (12 à 25 jours) avec abstention totale de soporifiques. Mais le traitement doit assurer non seulement le sevrage et la désintoxication, mais aussi la cure de l'état psychonévropathique antérieur. Une cure prolongée est donc nécessaire et si l'on ne peut obtenir une prolongation suffisante de l'isolement, la psychothérapie doit continuer à s'exercer bien après la désintoxication proprement dite. Des établissements spéciaux devraient pouvoir recevoir et garder les toxicomanes jusqu'à ce qu'une décision judiciaire vint, après avis médical, ordonner leur sortie.

C'est le rôle des organisations d'hygiène mentale d'organiser la lutte contre les toxiques et leurs fournisseurs habituels. Les barbituriques devraient figurer au tableau B et, ajoute Mme A. Buvat-Cottin, les experts et les tribunaux devraient considérer toute toxicomanie comme une cause aggravante de la responsabilité.

René CHARPENTIER.

Les délires imaginatifs envisagés plus spécialement dans les états de désagrégation psychique, par le Dr Jean EDERT (1 vol., in-8°, 190 pages. Thèse Nancy, 1936, Berger-Levrault édit.).

Dans cette étude sur le délire d'imagination, M. Jean Edert, se basant sur 18 observations, dont 10 personnelles, en trace une esquisse nosologique, en rappelle l'histoire, en expose les conditions de développement et en décrit les thèmes délirants parmi lesquels figurent en première place les idées de grandeur.

Il distingue cliniquement deux types de psychose imaginative : l'un caractérisé par des fabulations actives, généralement associées à des interprétations délirantes et qu'il rattache à la mythomanie, à certains états hypomaniaques et à la paranoïa fabulante ; l'autre, plus fréquent, caractérisé par des fabulations passives, le plus souvent accompagnées d'hallucinations et qu'il rattache à la schizophrénie. Pour M. Edert, il ne serait d'ailleurs pas rare, de voir une psychose imaginative de type raisonnant se transformer en une psychose imaginative de type schizophrénique, dans laquelle le délire, hallucinatoire, présente tous les caractères d'un rêve à l'état de veille.

Ce travail se termine par quelques considérations sur les réactions médico-légales des délirants imaginatifs, réactions moins nombreuses et moins dangereuses que celles observées au cours des autres variétés de délire.

R. C.

Contribution à la connaissance des bases énergétiques et psychologiques du suicide (Bijdrage tot de kennis van de energetisch-psychologische grondslagen van den Zelfmoord), par N. SPIJER (*Thèse de Leiden*). De Voorpost, édit., Rotterdam, 1935.

Le but de ce travail entrepris sous la direction du professeur Carp, est la recherche de la signification profonde du suicide basée principalement sur l'étude de la personnalité intime du sujet envisagée au point de vue du monde de instincts.

Après un aperçu historique de la question depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, et dans les différents pays, l'auteur montre que les méthodes non psychologiques, et en particulier la statistique, n'ont guère réussi à faire progresser le problème. La méthode phénoménologique, l'application de la théorie d'Adler au problème du suicide, et enfin les points de vue psychanalytiques sont discutés ensuite.

L'auteur, dont le but est l'étude des instincts qui conduisent au suicide, expose et discute la classification de Freud en pulsion (instinct) de la vie et pulsion (instinct) de la mort. Contrairement à Freud, il ne croit pas que l'instinct de la mort ait la mort pour fin, mais qu'il s'efforce plutôt de continuer l'existence sous l'une ou l'autre forme. La mort ne serait donc pas une fin mais un moyen. Cette supposition permet de maintenir l'idée de l'instinct de la vie. Le suicide ne serait, au point de vue psychologique, qu'un homicide contre une personne introjectée dans la personnalité, la haine contre cet autre étant assimilée au sur-moi.

Au point de vue énergétique, le suicide ne peut se réaliser, en collaboration avec le masochisme primitif, que si l'instinct de destruction (qui est l'instinct de la mort tourné vers le monde extérieur) rentre dans la personnalité et est assimilé au sur-moi. L'auteur développe ensuite l'idée que l'agressivité contre le monde extérieur qui conduit au suicide peut varier quantitativement. Par l'analyse de neuf cas personnels, il cherche à démontrer qu'il existe un rapport entre la quantité d'agressivité et la gravité de la tentative de suicide. Parfois le suicide ne peut se réaliser que lorsqu'il a été précédé d'actes agressifs.

Dans un dernier chapitre, l'auteur tente de formuler une théorie pour expliquer ce rapport, par des modifications de la structure de la personnalité et une conception quantitative de l'instinct de destruction.

J. LEY.

NEUROLOGIE

Les syndromes neuro-hématiques, par H. ROGER, professeur à la Faculté de Marseille, et J. OLMER, médecin des Hôpitaux de Marseille (1 vol. in-8°, 230 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris 1936).

Depuis que Lichtheim, en 1887, a mis en évidence les affections médullaires qui peuvent survenir au cours des anémies graves, de nombreux travaux, hématologiques ou neurologiques, ont montré l'influence des maladies du sang sur le névraxe et sur le système nerveux périphérique. C'est l'étude et le groupement de ces faits que MM. H. Roger et J. Olmer présentent ici dans un excellent exposé des syndromes neuro-hématiques. Après quelques mots d'historique et d'étiologie, les auteurs s'attachent plus particulièrement à l'étude clinique et thérapeutique de ces syndromes, dont les syn-

syndromes neuro-anémiques représentent le chapitre le plus important, tant par leur fréquence et le nombre des travaux qu'ils ont suscités que par les problèmes théoriques et pratiques qu'ils posent. MM. H. Roger et J. Olmer donnent les règles essentielles qui conditionnent le succès thérapeutique. Si, en effet, les thérapeutiques actuelles ne peuvent espérer guérir toujours et complètement les syndromes neuro-anémiques, elles les stabilisent très fréquemment et souvent même obtiennent des régressions dont certaines équivalent à de véritables guérisons. Les auteurs signalent que les formes psycho-anémiques à type de dépression, à type d'excitation, ou mixtes, bien que plus rares que les formes médullo-anémiques, sont cependant plus fréquentes qu'on ne l'admettait autrefois. Assez fréquemment associés aux troubles médullaires, les troubles psychiques peuvent être la seule traduction de l'atteinte du système nerveux.

On trouvera encore dans ce volume l'étude des syndromes neuropolyglobuliques, qui complètent l'exposé des syndromes nerveux liés aux altérations des éléments rouges du sang. Après les syndromes liés aux altérations des éléments blancs, syndromes neuroleucémiques, MM. H. Roger et J. Olmer décrivent les syndromes neurohémorragiques liés aux maladies hémorragiques (hémophilie, hémogénie, purpura) et les syndromes neuroposthémorragiques consécutifs aux spoliations abondantes de sang.

L'ouvrage comprend encore l'étude des complications nerveuses qui peuvent survenir au cours de la lymphogranulomatose maligne (syndromes neurolymphogranulomateux) et se termine par l'exposé des données expérimentales et cliniques concernant les modifications sanguines consécutives à des altérations du système nerveux. Ces syndromes hémato-neuraux permettent de supposer l'existence de centres régulateurs de la formule sanguine, en particulier par l'intermédiaire des formations diencephaliques en connexion étroite avec l'hypophyse. Et le cerveau moyen apparaît de plus en plus comme le centre où viennent se grouper les leviers de commande des principales fonctions végétatives (Et. May).

René CHARPENTIER.

Le diagnostic de la lésion cérébrale dans les traumatismes crâniens (Über die Erkennung der traumatischen Hirnverletzung), par E. GRÜNTAL. Fasc. de 116 pages, supplément de la *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, S. Rarger édit., Berlin 1936.

Les lésions cérébrales consécutives aux traumatismes crâniens, avec ou sans fracture, sont souvent méconnues ; il en résulte un préjudice grave pour les victimes, dont les troubles sont inexactement interprétés, insuffisamment évalués, considérés à tort comme indépendants du traumatisme. L'erreur n'est découverte parfois qu'à l'autopsie, comme dans les 16 exemples très démonstratifs rapportés par l'auteur. Tantôt, dans ces observations, l'hypothèse de lésions centrales avait été écartée pendant plus ou moins longtemps, tantôt des séquelles post-traumatiques organiques avaient été étiquetées « psychopathie constitutionnelle », « névrose », « hystérie » ; dans des cas de troubles par atteinte des lobes préfrontaux on avait porté le diagnostic de pseudo-démence. Il est vrai que l'insuffisance de compétence psychiatrique contribuait parfois à ces erreurs, quand par exemple une épilepsie notoire fut prise pour de l'hystérie. Il est hors de doute aussi que l'appréciation des troubles post-traumatiques est très délicate, notamment de ceux se rattachant à l'atteinte de la région préfrontale, exempts souvent

de signes de localisation, variables dans leur intensité. C'est ainsi que de deux sujets atteints de lésions à peu près identiques du pôle frontal, l'un a présenté des manifestations cliniques graves, tandis que chez l'autre elles étaient insignifiantes.

La fracture du crâne peut passer inaperçue et échapper ultérieurement aux examens radiographiques même répétés. Qu'il y ait fracture ou non, les lésions cérébrales peuvent être également sérieuses ; elles le sont davantage en cas de choc vulnérant direct qu'en cas de compression. La 17^e observation est précisément celle d'un sujet qui fut atteint de compression grave avec fracture, déplacement et enfoncement partiel de la partie antérieure de la calotte, et qui ne présentait que des lésions corticales très limitées. Le siège des lésions est souvent éloigné de l'endroit de la fracture ou de la contusion du cuir chevelu. Une fracture occipitale fut compliquée de lésions d'un lobe temporal, etc. Quant à la fréquence des diverses localisations, c'est le lobe préfrontal qui l'emporte de loin, ses lésions siègent notamment au niveau de la convexité et de la face orbitaire.

Pour l'appréciation exacte des séquelles ultérieures, l'observation attentive des troubles psychiques immédiats est indispensable. L'intervalle libre entre le traumatisme et leur apparition est une preuve indubitable de leur caractère lésionnel. Quand les phénomènes confusionnels ou de torpeur se prolongent — qu'il y ait eu intervalle libre ou non — il faut conclure à l'existence de lésions des centres et ne pas se contenter du diagnostic de psychose commotionnelle, trop souvent porté. Une connaissance clinique approfondie des séquelles chroniques permet de ne pas se tromper sur leur caractère lésionnel. Sans doute des signes tels qu'irritabilité et intolérance à l'alcool ne sont que l'expression de l'atteinte traumatique du cerveau en général, mais d'autres ont une valeur localisatrice : obtusion, manque de spontanéité, trouble particulier de l'idéation dans les cas avec lésions de la convexité et de la partie postéro-supérieure du lobe préfrontal, troubles affectifs et instinctifs dans les lésions de sa partie orbitaire. L'auteur insiste aussi sur l'intensité des lésions de la substance blanche et sur leur rôle pathogénique, en particulier dans les cas d'épilepsie traumatique.

Le dernier chapitre est consacré à l'étude analytique, à propos d'une nouvelle observation, du trouble idéatif décrit déjà antérieurement par l'auteur chez des sujets atteints de lésions traumatiques des lobes préfrontaux, de même que chez certains schizophrènes. L'idéation spontanée est abolie, les processus idéatifs qui nécessitent un effort de concentration, d'orientation, d'évocation de contenus psychiques, sont gravement inhibés. L'idéation passive est conservée, les réactions coutumières sont normales. Les sujets ont la notion de leur incapacité psychique. Il s'agit, selon l'auteur, d'un trouble par déficit, d'une fonction psychique fondamentale, liée au lobe préfrontal.

E. BAUER.

BIOLOGIE

La vie sans moelle épinière, par H. HERMANN, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Lyon (1 brochure in-8°, 74 pages. Extrait de *La Biologie médicale*, Tome XXVI, n° 5, 1936).

On trouvera ici l'exposé des remarquables expériences par lesquelles le Professeur H. Hermann a démontré que si le chien peut vivre bien que

privé de toute sa moelle à condition d'instituer la respiration artificielle, ce qui limite l'expérience à plusieurs heures, le chien peut survivre longtemps à la destruction de la moelle si l'on respecte la colonne cervicale indispensable à la respiration pulmonaire.

En détruisant ainsi la moelle sur la plus grande longueur compatible avec la survie des animaux, le but du Professeur H. Hermann était de réaliser de façon certaine la séparation entre les appareils périphériques du sympathique et les centres cérébro-médullaires. Ce travail est l'exposé des observations physiologiques et physiopathologiques de l'auteur après destruction de la moelle du chien chloralosé, en un seul temps, à la curette, progressivement et d'arrière en avant, de façon à réduire au minimum le choc opératoire et à permettre aux régulations centrales de jouer tandis que s'organisent les suppléances périphériques.

L'auteur expose successivement les effets immédiats de la destruction médullaire (évolution de la pression artérielle, démonstration de l'existence d'un tonus vaso-moteur périphérique indépendant de toute influence encéphalo-bulbo-médullaire) et les effets lointains de cette destruction (statistique des résultats, comportement général des animaux, nutrition générale et fonctions digestives, circulation du sang, respiration et chaleur animale, comportement des sphincters, fonctions nerveuses, instincts), montrant l'intégrité psychique des animaux et leur adaptabilité à leur nouvelle vie.

Cette technique de destruction de la moelle permet l'étude de nombreuses questions de médecine expérimentale (persistance mais moins efficace de l'aptitude à la compensation immédiate des hémorragies ; relations du tonus vasculaire périphérique et de la composition gazeuse du sang ; états de choc chez le chien sans moelle) et de pharmacodynamie.

Sans doute, le chien étant incapable de se mouvoir, la vie sans moelle n'est possible que s'il est suppléé aux fonctions de relation. Mais la privation de toute la moelle dont la conservation n'est pas indispensable au maintien de la ventilation pulmonaire ne permet de vivre que grâce au système nerveux sympathique périphérique, complètement isolé des centres cérébro-spinaux, en fonctionnement par conséquent strictement autonome. Or, les fonctions de nutrition s'exercent correctement, des adaptations imparfaites au début vont en s'améliorant. La pression artérielle, la glycémie, la température interne, trois constantes physiologiques nécessitant un réglage précis, retrouvent en quelques jours leur niveau antérieur, mettant ainsi en évidence l'existence de régulations périphériques.

On peut se demander si, chez le sujet sain, ces régulations jouent déjà avec l'autonomie qu'elles possèdent chez l'animal sans moelle, ou si, au contraire, elles ne sont que la manifestation d'un pouvoir de suppléance dévolu à tous les éléments du système nerveux périphérique et semblable à celui que l'on sait exister pour les centres supérieurs ? La rapidité avec laquelle jouent ces régulations, la précocité d'apparition des phénomènes correcteurs qu'elles commandent, l'existence immédiate d'un tonus vasculaire dépourvu de toute origine cérébro-spinale, l'aisance de l'adaptation à une modalité de vie entièrement nouvelle, rendent très vraisemblable la première de ces opinions.

Telle est la conclusion des beaux travaux de M. H. Hermann, auxquels les récentes expériences de Popoff semblent apporter la confirmation de l'autonomie des appareils de la nutrition et de la décentralisation des mécanismes qui président à leur fonctionnement.

René CHARPENTIER.

Tendances de la Médecine contemporaine. La Médecine à la croisée des chemins, par P. DELORE, médecin des Hôpitaux de Lyon (1 vol. in-8°, 226 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris 1936).

La médecine participe à la fermentation des idées, au trouble qui se fait jour actuellement dans la plupart des domaines de l'activité humaine. M. P. Delore, s'appuyant sur les récentes manifestations de la pensée médicale, met en lumière les tendances et les préoccupations de la médecine nouvelle : renouveau de l'esprit de synthèse ; retour à la culture générale, à la grande tradition hippocratique, au pythagorisme ; retour à la médecine du terrain et renouveau des notions de diathèse, de tempérament, d'hérédité morbide, de prédisposition, de pré tuberculose et de précancer ; renouveau de la notion de l'unité de l'être humain et étude des relations du corps et de l'esprit ; acheminement vers un nouvel humanisme, vers une science de l'homme dans laquelle les conceptions synthétiques de la psycho-physiologie auront une part prépondérante ; souci des relations de l'individu avec le reste de l'univers ; orientation vers une science de la santé qui ouvre de vastes horizons à la médecine préventive ; extension de la physiologie pathologique ; étude des premiers déséquilibres fonctionnels permettant le diagnostic de la maladie à la période biologique ou préclinique.

L'ouvrage analyse ensuite certaines tendances de la thérapeutique : caractère synthétique et pathogénique, recherche de l'individualisation, utilisation grandissante des agents physiques et des procédés simples et naturels, mise en œuvre des réactions nerveuses.

Le renouveau de nombreuses notions jadis exclusivement empiriques, loin d'être un simple retour, marque un progrès en raison du caractère scientifique qu'il comporte et qui se retrouve notamment dans les analyses du terrain morbide, dans la cosmobiologie, la physiothérapie, la crénothérapie, la phytothérapie.

Dans une certaine mesure, les nouvelles tendances apparaissent comme contraires à celles de la médecine de la fin du XIX^e siècle, caractérisée par la prédominance des sciences morphologiques et du laboratoire, la méconnaissance du terrain, la séparation artificielle du corps et de l'esprit, de l'homme et du milieu. Mais une des idées maîtresses de l'ouvrage, c'est qu'il ne faut pas opposer les deux points de vue : analyse et synthèse, laboratoire et clinique, pas plus qu'il ne faut opposer l'anatomie à la physiologie, la forme à la fonction, la quantité à la qualité. Il importe de les concilier si l'on veut dissiper le malaise actuel.

M. P. Delore insiste notamment sur la nécessité d'élargir la conception pathogénique de la maladie et de ne pas concevoir isolément l'intervention des deux facteurs : le terrain et l'agent de déséquilibre. Il montre que certains grands problèmes médicaux ont été ainsi mal posés et doivent être repris sous un angle plus large, plus synthétique. Il applique notamment sa conception au problème de la tuberculose et du cancer.

Riche de points de vue originaux, ce livre montre combien les tendances médicales nouvelles sont légitimées par l'orientation même de la science contemporaine vers l'unité, la synthèse, le pythagorisme. Il laisse entrevoir les perspectives de la médecine de demain. Il porte à de nombreuses réflexions et sa lecture intéresse aussi bien les praticiens, qui y trouveront des données fécondes, que les esprits cultivés, soucieux des grands mouvements de la pensée contemporaine.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses, par Egas MONIZ, professeur de Neurologie à la Faculté de Médecine de Lisbonne (1 vol., in-8°, 874 pages, 39 fig., Masson et C^e édit., Paris 1936).

Ce livre est l'exposé des tentatives de psycho-chirurgie de l'auteur et des résultats obtenus. Il apporte une contribution importante à l'étude des relations qui existent entre certains symptômes psychiques et des lésions cérébrales déterminées. « Dans le domaine neurologique, les maladies dites « fonctionnelles » ont disparu successivement, écrit le Professeur Egas Moniz. Dans la psychiatrie, la même chose viendra à se produire et c'est dans l'orientation organiciste que cette science fera de vrais progrès. »

Exposant les idées théoriques qui l'ont conduit à tenter le traitement chirurgical de certaines psychoses, l'auteur étudie d'abord les rapports des lobes frontaux avec la vie psychique et, d'une façon générale, les fonctions des lobes frontaux. Il rappelle qu'un des lobes frontaux peut être fonctionnellement substitué à l'autre, que les deux lobes frontaux ont une grande importance dans le développement de la vie mentale et sont un des sièges les plus importants de l'élaboration des synthèses psychiques, mais que la perte des deux lobes frontaux ne représente cependant pas l'anéantissement total de la vie psychique. La vie psychique est un ensemble physiologique qui dépend de l'activité des éléments nerveux de l'encéphale parmi lesquels ceux des lobes frontaux ont un rôle particulièrement important. Des groupements cellulo-connectifs très vastes, de composition variable, rapidement formés et rapidement transformés en nouvelles et successives compositions, sont la base anatomo-physiologique qui est en relation avec la vie psychique. Chez les aliénés, les idées dominantes qui absorbent toutes les autres activités psychiques ont atteint une grande facilité de reproduction. Il ne s'agit pas de phénomènes automatiques parce qu'ils restent conscients, mais leur répétition rappelle ce mécanisme cérébral. Partant de cette idée que ces manifestations psychiques constantes sont en relation avec des arrangements cellulaires et des liaisons plus ou moins fixes, le Professeur Egas Moniz conclut que pour guérir ces malades, il faut détruire les arrangements de connexions cellulaires, plus ou moins fixes, qui doivent exister dans le cerveau, et particulièrement celles qui sont liées aux lobes frontaux.

Dans ce but, et pour atteindre les arrangements cellulo-connectifs établis, le procédé a consisté, dans une première série d'expériences, à attaquer les fibres des connexions cellulaires de la portion antérieure des lobes frontaux en pénétrant dans le centre ovale, à la hauteur du lobe frontal et en détruisant une partie limitée de ce centre par des injections d'un liquide destructeur du système nerveux (alcool) ou par des coupes directes avec le *leucotome cérébral* du Professeur Egas Moniz. Ces vingt premières expériences ont été faites sur des malades considérés comme incurables, et après avoir eu soin de s'assurer que leur vie ne courait aucun danger, à l'aide de deux larges trépanations dans la région frontale, à droite et à gauche.

On trouvera dans ce livre l'exposé détaillé de la technique opératoire et la relation des cas observés, l'état des malades avant l'opération, le diagnostic, les détails de l'intervention chirurgicale et les suites opératoires. Ces tentatives n'ont eu comme conséquence aucun décès, aucune compli-

cation hémorragique, aucune aggravation de l'état des malades, aucun déficit intellectuel ou mnésique. Dans trois cas furent observés des troubles sphinctériens qui mirent deux à quatre semaines à disparaître. Dans certains cas fut faite une deuxième opération. Les observations cliniques et les diagnostics ont été pour la plupart établis par le Professeur Sobral Cid au Manicome Bombarda. La méthode par coupe directe (deux coupes internes et deux externes dans les deux lobes préfrontaux), opération plus précise, a paru préférable à l'injection d'alcool, à laquelle cependant l'auteur a parfois recours encore comme deuxième opération complémentaire.

Sur vingt cas (mélancolie involutive, syndrome de Cotard, mélancolie anxieuse, névrose d'angoisse, manie, schizophrénie ou paraphrénie), dont cinq malades âgés de plus de 60 ans, l'auteur signale 35 % de guérisons cliniques, 35 % d'améliorations, etc., 30 % d'insuccès. Les résultats obtenus ne sont pas immédiats : guérisons ou améliorations surviennent en général quelques jours, parfois même deux à quatre semaines après l'intervention.

L'ouvrage se termine par un chapitre dans lequel, se basant sur les faits observés, le Professeur Egas Moniz expose la *symptomatologie du lobe préfrontal* qu'il a pu vérifier jusqu'ici. Réservant le nom de lobe frontal à toute la portion de ce lobe située en avant de la région motrice, il limite arbitrairement le lobe préfrontal par une ligne postérieure passant à peu près entre le tiers supérieur et la moitié des circonvolutions frontales. La symptomatologie est en général plus accentuée quand les destructions du centre ovale des lobes frontaux ont été plus larges. L'auteur passe en revue les signes généraux suivants (température, douleurs dans le centre ovale des lobes préfrontaux, céphalées, vomissements, somnolence), les signes neurologiques (troubles moteurs, mouvements de manège, troubles sphinctériens, troubles de l'appareil digestif, troubles oculaires, chute des paupières, nystagmus) et les troubles psychiques (apathie, akinésie, perte d'initiative, stéréotypies, attitudes catatoniques, résistance à exécuter des mouvements, mutisme, troubles de la mimique, négativisme, orientation dans l'espace, orientation dans le temps, puérilité, tendance à la kleptomanie, sensation de faim). La caractéristique commune de tous ces symptômes est d'être passagers. Et les opérations de l'auteur, comme les conclusions de cet important travail, confirment que la destruction d'un nombre considérable de connexions dans les deux lobes préfrontaux n'entraîne pas de troubles graves indurables de l'intelligence ou de la mémoire.

René CHARPENTIER.

MÉDECINE LÉGALE

Religion, superstition et criminalité ; essai philosophique sur la criminalité superstitieuse, par Maurice DUVAL (*Bibliothèque de philosophie contemporaine*, 1 vol. 380 pages, 1935, chez Alcan).

L'auteur a toujours été frappé par ce qu'il y a de cruauté dans le monde ; il estime qu'il existe une distinction nécessaire entre la vie universelle créatrice de l'espèce humaine née pour la sociabilité, et la vie sociale renfermée dans des limites où elle se développe circulairement entre la superstition et la religion, entre les vérités fixées, pétrifiées dans la lettre et celles qui jaillissent de l'esprit. A notre époque ce problème du mal, de la déformation des vérités en erreurs dangereuses, des meilleurs sentiments en prin-

cipes de malveillance et de cruauté, de la religion en superstition doit se poser plus encore qu'aux précédentes. Illustrant sa thèse de coutumes qu'il a pu observer au Maroc, et en particulier de celle du mzaoug, l'auteur montre qu'aussi bien au point de vue social qu'au point de vue religieux, le bien se perd dans l'étendue du mal et que la fonction de fabulation est peu à peu devenue une source de maux redoutables. Une antinomie concrète existe entre la fonction fabulatrice et la criminalité superstitieuse ; celle-ci est universelle et, par suite, nécessaire et fatale. Elle a sa source dans ce qui, de la nature humaine, est régi par l'instinct. Peut-on vaincre la criminalité superstitieuse ? L'auteur pense que l'humanité ne pourra y arriver que grâce à une mystique lui permettant de rejoindre l'Esprit pur. « L'heure est venue où l'humanité, étant allée virtuellement à la limite extrême du mécanisme de l'instinct et de la criminalité, s'oriente, confusément encore, mais avec un frémissement d'espérance vers la pensée, vers la conscience, vers l'épanouissement des richesses morales et spirituelles qui sont en elle, vers la délivrance du Dieu qu'elle porte dans son sein et qui attend. »

LAUZIER.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Etude de l'influence des émotions sur les fonctions des organes chez les sujets normaux et dans les névroses (Studies on the Influence of Emotions on the Functions of the Organs. Including observations in Normals and Neurotics), par ERICH WITTKOWER. *The Journal of Mental Science*, T. LXXXI, n° 334, pp. 533-682, juillet 1935.

Une importante série de recherches, une documentation clinique considérable et une bibliographie très complète sont utilisées par M. Wittkower pour l'étude des réactions émotives et leurs répercussions sur les divers systèmes splanchniques. On trouve dans son travail les modifications organiques liées aux névroses et aux états émotifs : modifications vasculaires, cardiaques ; troubles salivaires, gastriques, biliaires ; altérations sanguines, urinaires et thyroïdiennes ; réflexe psychogalvanique. Les psychonévroses sont aussi reliées par leurs répercussions physiologiques aux manifestations de la médecine interne.

P. CARRETTE.

Etat du cœur par rapport aux perturbations émotives (Heart Rate in Relation to Emotional Disturbances), par J. C. WHITEHORN, M. R. KAUFMAN et J. M. THOMAS. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIII, n° 4, pp. 712-731, avril 1935.

La tachycardie et l'exagération de l'amplitude oscillatoire cardio-vasculaire au cours de la crise émotive sont des faits d'observations courantes.

Toutefois, les réactions secondaires à cette excitation et les circonstances favorisant ces perturbations sont rarement exposées. Avec l'aide du cardio-chronographe, les auteurs mettent en évidence le trouble vagal qui caractérise la circulation de l'hyperémotivité. Le moindre effort exigé provoque le désarroi cardio-vasculaire, qui se traduit par des vertiges, des modifications vaso-motrices périphériques, l'angoisse, un état nauséux.

P. CARRETTE.

L'angine de poitrine et ses relations avec les syndromes angiospastiques, par Ch. ROSENBAUCH. *Le Progrès Médical*, n° 19, pp. 777-786, 2 mai 1935.

La pathogénie de certains syndromes angiospastiques se précise par leur association clinique avec l'angor. Le spasme coronarien a pour conséquence des ischémies variées. Il peut être d'origine endogène, sclérose, inflammation ou provoqué par divers agents : ergotine, courant électrique. M. Rosenbauch envisage l'association de l'angor avec l'artérite et les types de claudication, la maladie de Reynaud, les crises vaso-motrices avec acroasphyxie, les paralysies et l'aphasie à éclipses, l'amaurose et enfin l'épilepsie, ce qui vérifierait dans certains cas la conception circulatoire et vaso-motrice de la crise.

P. CARRETTE.

Etude du tonus neuro-végétatif chez l'Annamite (100 tests atropine-orthostatisme), par P. DOROLLE. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, T. XXVIII, n° 6, pp. 465-472, 12 juin 1935.

L'Annamite ne réagit pas aux tests du système végétatif comme l'Européen. L'épreuve de Daniélopou, pratiquée chez cent sujets, a montré que l'Annamite est essentiellement hypertonique, et surtout amphotonique. Chez l'homme, c'est l'hypertonie du vague qui prédomine. La réponse est moins nette chez la femme, mais c'est l'hypertonie du sympathique qui paraît la plus fréquente.

P. CARRETTE.

Température du corps chez les schizophrènes et les sujets normaux. Effets des modifications de la température environnante (Body Temperatures of Persons with Schizophrenia and of Normal Subjects. Effect of Changes in Environmental Temperature), par Jacques S. GOTTLIEB et Forrest E. LINDER. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIII, n° 4, pp. 775-785, avril 1935.

L'homme normal est capable d'adapter sa température, dans certaines limites, aux modifications ambiantes. Le schizophrène a perdu les mécanismes protecteurs assurant la stabilité du pouls, de la pression sanguine et de la température. Les auteurs vérifient le poikilothermisme dans la schizophrénie, la stabilité homothermique étant assurée par un mécanisme d'ajustement d'un type phylogénique inférieur.

P. CARRETTE.

Les glandes salivaires dans les maladies mentales, par A. VITELLO. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, février 1936.

Chez 20 malades de type schizophrénique, l'auteur a étudié le pouvoir amylolitique de la salive selon la méthode de Lehman-Emden. Il a trouvé

les valeurs nettement inférieures à la normale. Il rencontre des résultats identiques dans la confusion mentale et croit voir dans cette coïncidence la vérification de l'hypothèse de Buscaino, qui suppose une même origine, toxi-digestive dans la démence précoce et la confusion mentale.

Paul ABÉLY.

Contribution au problème de la localisation de l'écriture en miroir (Beitrag zur zerebralen Lokalisation der Spiegelschrift), par A. STIEF et M. CSAJAGHY-DANCZ, de Szeged. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 93, 1, 1936.

L'écriture de miroir a été observée dans un cas de tumeur du lobe temporal gauche. Elle était associée à une hémiparésie droite et à des troubles aphasiques légers. Elle doit être considérée comme un symptôme de voisinage, par compression et lésion de la circonvolution pariétale inférieure gauche. Sa production s'explique par une tendance aux mouvements symétriques, mais le mécanisme n'est pas identique avec celui des syncinésies symétriques proprement dites. L'auteur admet l'existence, dans la circonvolution pariétale inférieure gauche, d'un centre praxique et graphique, inhibiteur et régulateur de l'écriture de la main gauche. Ce centre envoie des fibres aux circonvolutions prérolandiques des deux hémisphères. C'est la lésion des fibres controlatérales qui produit l'écriture de miroir.

E. BAUER.

Sur une forme de céphalée habituelle des écoliers, par A.-B. MARFAN. *La Presse Médicale*, n° 60, pp. 1193-1195, 27 juillet 1935.

Les crises de céphalalgies des enfants de 11 à 13 ans sont étudiées par M. Marfan. Elles durent 1 ou 2 heures et évoluent indépendamment des troubles alimentaires des infections locales et du surmenage scolaire. Leur importance tient à la fréquence de la tuberculose latente et de la syphilis héréditaire chez les sujets intéressés. La diminution de la capacité de travail paraît liée à certaines insuffisances glandulaires combattues avec succès par les extraits de surrénale et d'hypophyse.

P. CARRETTE.

A propos d'un cas de pupillotonie (syndrome d'Adie), par J.-A. CHAVANY. *La Presse Médicale*, n° 62, pp. 1243-1244, 3 août 1935.

Le syndrome d'Adie, « affection non syphilitique caractérisée par des troubles pupillaires et l'abolition des réflexes tendineux », est un trouble végétatif représenté par un état pupillaire spécial unilatéral, en mydriase, réagissant à l'épreuve des collyres. Pour M. Chavany la négation de l'étiologie syphilitique ne doit pas être absolue ; il faut plutôt admettre que les faits observés correspondent à l'action d'un virus neurotrope de nature indéterminée.

P. CARRETTE.

De l'apraxie de construction, par M. E. SOBOLEVA (Sovietskaia Psychonevrologiia, T. XI, n° 2, 1935, p. 43-52).

Chez deux malades intoxiqués par l'oxyde de carbone, l'auteur observe des troubles des actes répondant à la construction des objets. L'analyse des

désordres présentés semble démontrer que le syndrome d'apraxie de construction est le résultat des lésions du système assurant les fonctions optico-gnostiques et les fonctions pratiques. L'apraxie de construction apparaît comme une désintégration d'un acte pratique gnostique, assuré par le système optico-gnostique. Par une méthode d'investigation spéciale, on décèle simultanément, avec les troubles de l'acte unique praxico-gnostique, autant de troubles optico-agnostiques que de phénomènes apraxiques. Le terme d'« apraxie de construction » ne paraît pas choisi judicieusement et devrait être remplacé par celui de « practagnosie de l'espace optique ».

FRIBOURG-BLANC.

Le diagnostic des tumeurs cérébrales. Les néoplasies encéphaliques qui se dissimulent sous l'aspect d'autres processus pathologiques (El diagnóstico de los tumores cerebrales. Las neoplasias encefálicas que se esconden bajo el aspecto de otras procesos patológicos), par A. SUBIRANA. *Archivos de Neurobiología*. T. XV, n° 2, pp. 274-300, 1935.

La multiplication des moyens d'investigation encéphalique modifie peu à peu l'opinion sur le diagnostic des tumeurs cérébrales. La triade classique : céphalée, vomissements, œdème papillaire, n'apparaît même pas constituer la majorité des cas. Les processus intracraniens simulent les syndromes neurologiques, psychiatriques, endocrinologiques et digestifs les mieux connus. Ils se confondent avec la migraine ophtalmique, les ictus, l'épilepsie, les méningites et encéphalites. D'autre part, la tumeur syphilitique localisée sous forme de gomme, apparaît de plus en plus comme une rareté clinique. M. Subirana insiste sur les formes endocrinologiques et sur la forme pseudo-digestive, surtout observée dans l'enfance, qui conduit fréquemment au diagnostic erroné d'appendicite, de cholécystite, d'ulcère gastrique ou d'acétonémie.

P. CARRETTE.

Troubles mentaux dans les tumeurs du lobe frontal (Mental Symptoms in Cases of Tumor of the Frontal Lobe), par Israël STRAUSS et Moses KESCHNER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIII, n° 5, pp. 986-1007, mai 1935.

Dans la grande majorité des cas observés par les auteurs, les troubles mentaux apparaissent au premier plan de la symptomatologie des tumeurs frontales. Ils ouvrent la scène dans près de la moitié des cas, sous la forme de troubles sensoriels. Aucun syndrome ne peut être donné comme caractéristique. On retrouve fréquemment des modifications de la personnalité : euphorie et gaité, excitation, affaiblissement psychique, précédant de longtemps l'hypertension intracrânienne, les crises convulsives et la dysarthrie. En somme, le syndrome psychopathique des tumeurs du lobe frontal, élément imprécis de localisation, contribuerait plutôt à égarer le diagnostic quand il est précoce, orientant suivant l'âge et l'état général du sujet vers l'encéphalite, l'artério-sclérose ou toute autre affection organique du cerveau.

P. CARRETTE.

Troubles mentaux dans un cas de tumeur du lobe frontal droit (Intervention chirurgicale guérison), par I. CONSTANTINESCO, D. BAGDARSON et D. CONSTANTINESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, Tome I, année 1936.

Observation d'une malade dont la grossesse fit dévier le diagnostic et imposer celui de psychose de lactation.

L'intervention chirurgicale montra l'existence d'une tumeur du lobe préfrontal droit. Il s'agissait d'une cavité kystique à liquide séro-purulent et histologiquement d'une prolifération néoplasique des plexus choroïdes. L'opération et le traitement à l'alcool intraveineux furent suivis de guérison complète.

M. LECONTE.

Contribution à la symptomatologie des affections du lobe préfrontal (Zur Symptomatologie der Hirnhirnerkrankungen), par J. GERSTMANN. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 93, 2, 1936.

L'auteur dont les études sur les troubles de la station et de la locomotion au cours des affections du lobe préfrontal sont connues, décrit un nouveau symptôme, celui de la tendance aux mouvements rotatoires. Il se produit exclusivement dans la station debout, notamment les pieds rapprochés, et consiste en mouvements circulaires de rayon variable, dans le sens de la lésion ; plus rarement il s'agit de rotation autour de l'axe longitudinal du corps. Généralement ce symptôme est combiné avec les manifestations de l'ataxie frontale ; toutefois il faut remarquer le sens contraire de son orientation ; les mouvements sont dirigés du côté de la lésion, la chute dans l'ataxie frontale a lieu du côté opposé. C'est surtout dans les tumeurs préfrontales que le symptôme décrit a été observé.

E. BAUER.

Mongolisme et syphilis congénitale, par M. L. BABONNEIX, médecin de l'Hôpital Saint-Louis (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 18 février 1936).

L'auteur, à l'aide de 63 observations personnelles, étudie le rôle discuté de la syphilis congénitale dans le mongolisme.

Les *éléments de probabilité* sont fournis par l'étude des antécédents, qui ont montré 27 fois des signes suspects, et par les symptômes faisant soupçonner une syphilis héréditaire, tels que malformations cardiaques, lésions dentaires, chorio-rétinite, etc., retrouvés chez une quarantaine d'enfants environ.

Les *éléments de certitude* de syphilis héréditaire, c'est-à-dire B.-W. positif chez les parents, dents de Hutchinson ou crâne en carène chez l'enfant, ont été retrouvés 10 fois.

Le mode d'action du tréponème est peut-être double.

1° Le mongolisme étant une affection germinale, il est logique de penser que le tréponème agit sur les gamètes, hypothèse confirmée par les anomalies morphologiques constatées dans les spermatozoïdes des syphilitiques. Ceci expliquerait les malformations, en particulier du système nerveux, observées chez les mongoliens.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Octobre 1936.

34.

2° La syphilis continue peut-être son action sur l'embryon et le fœtus comme peut le faire penser l'existence de lésions spécifiques, parfois constatées à l'autopsie (gommès méningées).

On a opposé à cette théorie celle qui fait du mongolisme une mutation du gamète de type régressif. Ces deux théories ne sont pas contradictoires car des causes acquises peuvent causer les mêmes effets que l'hérédité.

En conclusion, l'auteur considère certains cas de mongolisme comme étant d'origine syphilitique, et conseille de pratiquer un traitement qui, s'il ne donne que des résultats partiels, peut parfois amener des améliorations sensibles.

M. LECONTE.

Etudes sur la paralysie neurosyphilitique juvénile (Juvenile Paretic Neurosyphilis Studies), par William C. MENNINGER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXI, n° 5, pp. 489-503, mai 1935.

La syphilis héréditaire ferait des jeunes gens des arriérés psychiques et nerveux dans 42 % des cas avant l'éclosion de tout processus paralytique évolutif. L'arriération mentale serait donc pour une part considérable d'origine syphilitique et cette origine n'imprimerait pas une forme spéciale d'hypophrénie, laquelle ne saurait être logiquement considérée comme un état pré-paralytique. Toutefois, ces arriérés sont particulièrement sensibilisés aux traumatismes psychiques. A côté de formes uniquement mentales, il existe des cas nombreux d'infantilisme et de malformations corporelles avec fragilité exagérée vis-à-vis des traumatismes physiques. Ajoutons une autre variété clinique, celle de l'épilepsie des hérédo-syphilitiques, cliniquement superposable à l'épilepsie idiopathique. Toutes ces anomalies peuvent se transformer en paralysie générale et cette considération ne doit jamais être négligée du point de vue médico-légal.

P. CARRETTE.

Contribution à la question de la neurosyphilis congénitale et plus particulièrement de ses formes paralytiques (Beitrag zur Erkennung der Kongenitalen Neurosyphilis mit besonderer Berücksichtigung ihrer paralytischen Erscheinungsformen), par L. VAN BOGAERT. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 93, 2, 1936.

L'auteur décrit une famille flamande, dans laquelle la mère est atteinte de paralysie générale, deux de ses enfants de paralysie générale juvénile, deux autres de neurosyphilis grave non progressive. Une sœur de la mère est atteinte d'épilepsie avec réactions sérologiques positives. On peut se demander si on est en présence d'une association fortuite des deux formes de neurosyphilis congénitale, ou s'il s'agit d'un cas d'hérédosyphilis de 3^e génération. — L'examen anatomo-pathologique d'un des cas de paralysie générale juvénile, cliniquement caractérisé par l'association de troubles spasmo-cérébelleux prononcés, a montré des lésions très nettes du type de la paralysie de Lissauer. Il est donc permis également de supposer que cette famille représente un exemple de paralysie de Lissauer à forme familiale et héréditaire.

E. BAUER.

Recherches cliniques et anatomiques sur l'ictus de la paralysie générale, par P. TOMESCO et Sébastien CONSTANTINESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie, de Bucarest.*, Tome I, année 1936.

Les explications pathogéniques sont nombreuses qui prétendent expliquer l'ictus des paralytiques généraux. Les auteurs considèrent comme la plus légitime celle qui fait intervenir des hémorragies méningées de caractère d'ailleurs extrêmement variable. L'abus d'alcool, si fréquent, la fragilité du cerveau, l'action des arsénicaux favorisent leur apparition.

M. LECONTE.

Les syndromes parkinsoniens d'origine syphilitique, par Georges GUILLAIN. *Le Progrès médical*, n° 23, pp. 978-987, 8 juin 1935.

Les syphilis cérébrales localisées apparaissent cliniquement sous la forme du syndrome parkinsonien dans des cas assez rares. Ce syndrome est en général associé à des localisations diverses, à des manifestations épisodiques, au tabès ou à la paralysie générale. Le diagnostic étiologique est capital puisqu'il modifie complètement le traitement. M. Guillain fait appel à de nombreux documents cliniques pour apporter la preuve du parkinsonisme syphilitique sanctionné par les réactions biologiques positives qu'il différencie du parkinsonisme post-infectieux ou artério-scléreux des syphilitiques.

P. CARRETTE.

Le syndrome parkinsonien post-traumatique (The Parkinsonian Syndrome due to Trauma), par Walter L. BRUETSCH et Murray DE ARMOND. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXI, n° 5, pp. 531-543, mai 1935.

Le syndrome parkinsonien est le résultat d'une lésion de certaines régions centrales du cerveau. L'étiologie en est multiple. A côté de nombreux cas imputables aux encéphalites, il est évident qu'il existe des prédispositions à la sclérose et des formes consécutives aux traumatismes. L'observation présente est celle d'une paralysie agitante apparue à la suite d'une fracture de la base du crâne. La vérification nécropsique est démonstrative. Les foyers de démyélinisation et les aires d'altérations péri-vasculaires siègent dans les ganglions de la base et le cerveau moyen et peuvent être interprétés comme le résultat d'hémorragies microscopiques engendrées par le trauma.

P. CARRETTE.

Le problème de la narcolepsie, par B. BORNSTEIN (*Rocznik Psychiatryczny*, 1936, fasc. XXVI, pp. 1-42).

L'auteur expose l'histoire clinique de trois malades atteints de narcolepsie. Il analyse les signes présentés par ces malades et souligne la ressemblance des symptômes avec le sommeil normal. Il souligne également la différence existant entre les états cataleptiques et les états narcoleptiques. Les tentatives d'approfondir le sommeil normal par différents soporifiques n'ont pas diminué le nombre des crises diurnes. L'éphédrine n'a donné qu'une amélioration passagère. Dans un cas la narcolepsie existait au cours de l'évolution d'une sclérose en plaques. Dans deux autres cas

on a pu enregistrer une glycémie existant normalement et s'accroissant pendant les crises narcoleptiques.

FRIBOURG-BLANC.

Sclérose en plaques et troubles mentaux, par E. ZARA. *L'Ospedale Psichiatrico*, Naples, octobre 1935.

L'auteur cite tout d'abord une importante bibliographie se rapportant à cette question. Il publie par ailleurs 7 observations personnelles. Il pense que les troubles mentaux sont dus moins aux lésions anatomo-pathologiques qu'aux apports toxi-infectieux.

Paul ABÉLY.

Psychose symptomatique dans la maladie de Recklinghausen (Symptomatische Psychose bei der Recklinghausenschen Krankheit), par Ph. HASELAGER (d'Amsterdam). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 92, fasc. 5, 1936.

Un sujet âgé de 40 ans, atteint de neurofibromatose, présente les troubles psychiques suivants : dépression, affaiblissement intellectuel progressif du type organique présénile, tendances klepto- et poriomaniacales. Il s'agit d'une psychose symptomatique appartenant à la maladie de Recklinghausen. La comparaison avec des cas rapportés dans la littérature psychiatrique permet de lui reconnaître des traits caractéristiques. L'enquête familiale a révélé 6 autres cas de neurofibromatose, dans 3 générations, ainsi que, chez plusieurs sujets, des anomalies psychiques permettant de conclure à l'existence d'une tare hérédo-dégénérative.

E. BAUER.

De la spécificité du syndrome affectif dans la rage, par le Prof. N. M. KROL (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, nos 4-5, 1935, pp. 125-130).

A l'occasion de 75 cas cliniques de psychose rabique, l'auteur souligne l'existence de certains troubles apparaissant constamment, notamment le syndrome d'angoisse et les « tempêtes affectives ». Ce trait est en contradiction avec la thèse de Bonhoeffer, sur la non-spécificité des troubles psychiques dans les psychoses infectieuses. Il semble que sous l'influence de l'infection, la rage, en l'occurrence, le cerveau réagit conformément au type exogène de réaction en rapport avec une série de facteurs exogènes (temps, vitesse et dose). Le mérite de Bonhoeffer n'est pas contredit par l'aptitude de l'encéphale à réagir d'une manière spécifique conforme aux particularités de l'infection et en rapport avec la localisation et le neurotropisme.

FRIBOURG-BLANC.

Les affections de la sphère neuropsychique et leur spécificité dans les intoxications par l'oxyde de carbone, le plomb, le mercure, le benzol et ses dérivés, par le Prof. Agrégé A. M. VEGER (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, nos 4-5, 1935, pp. 208-216).

Les troubles neuro-psychiques consécutifs à l'intoxication par les substances énoncées sont parfois les premières et même les seules manifestations de l'imprégnation toxique de l'organisme. Les particularités neuro-

psychiques individuelles, l'état des autres organes et le degré de l'intoxication, jouent un rôle considérable dans l'évolution des syndromes. L'action de chacune des substances toxiques est spécifique et forme des syndromes qui diffèrent essentiellement les uns des autres. Les intoxications par CO sont accompagnées de troubles dont la gravité se manifeste surtout à la période aiguë. Par contre, le plomb, le mercure et le benzol, avec ses dérivés, sont responsables de troubles dont la gravité est redoutable, surtout à la période chronique de l'intoxication.

FRIBOURG-BLANC.

Le signe de Mees et sa modification de démarcation par compression au cours des polynévrites, par L. STERLING, L. PRUSSAK et M. WOLFF (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XIII, nos 6-7 du 20 février 1936, pp. 107-114).

Les auteurs rapportent trois observations de malades atteints de polynévrite et présentant aux ongles des mains le signe de Mees. Ce signe était accompagné d'un phénomène non signalé que les auteurs appellent le signe de la démarcation décompressive. Il consiste dans l'apparition, lorsqu'on exerce une compression légère sur le bord libre de l'ongle, d'une pâleur anémique du segment distal de l'ongle, délimité par la ligne du bandeau de Mees. La compression du segment proximal détermine l'anémisation exclusive de ce segment, tandis que le segment distal ne change pas de couleur. L'analyse chimique des fragments d'ongles prélevés au niveau des bandeaux de Mees n'a pas décelé d'augmentation quantitative d'arsenic. Il semble que, dans la pathogénie du signe du bandeau de Mees, la participation du syndrome polynévritique soit indispensable, mais que la participation de l'intoxication arsenicale ne constitue pas un facteur univoque. Cependant, le signe est plus fréquent dans les polynévrites arsenicales. L'intoxication arsenicale joue un rôle sensibilisant aux troubles neurovégétatifs. Il semble que l'importance médico-légale attribuée à ce phénomène dans les intoxications arsenicales soit erronée et illusoire.

FRIBOURG-BLANC.

Polynévrite après intoxication par le gaz d'éclairage, par Drago SARIC. *Revue tchèque de Neurologie et de Psychiatrie*. T. XXXII, n° 6, pp. 134-137, juin 1935.

L'intoxication profonde par le gaz d'éclairage telle qu'elle est réalisée dans l'observation présente à l'occasion d'une tentative de suicide, peut laisser des séquelles polynévritiques sérieuses. Les phénomènes précoces de l'intoxication oxycarbonée consistent en paralysie avec hypotonie. Ils sont intenses et peu durables, tandis que les paresthésies et les douleurs s'installent et sont beaucoup plus tenaces. La chronaxie des neurones moteurs est normale et l'auteur met l'abolition des réflexes sur le compte des lésions de l'appareil sensitif.

P. CARRETTE.

La clinique des psychoses pellagriques, par M. E. G. GOBRONIDZE (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, nos 4-5, 1935, pp. 222-226).

L'analyse de 6 cas de pellagre avec manifestations psychosiques a permis à l'auteur de construire le tableau spécifique de ces psychoses. Les

états délirants revêtent la forme d'accès sur un fond de dépression permanente. Les hallucinations servent de point de départ à l'agitation et ont pour sujet l'eau et le feu. Les signes neurologiques forment un ensemble que l'auteur désigne du terme de « paralysie pellagreuse progressive » ou de « pseudo-tabès non syphilitique ». Ces états sont transitoires et disparaissent à la période de convalescence. Les signes observés paraissent dériver, d'une part de troubles de la conscience, et d'autre part de sensations émotionnelles des malades.

Fribourg-Blanc.

Les inter-relations des désordres mentaux et du diabète sucré (The Interrelationships of Mental Disorders and Diabetes Mellitus), par William C. MENNINGER. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXI, n° 333, pp. 332-357, avril 1935.

Les complications du diabète sucré posent différents problèmes de psychopathologie. Le diabétique présente des modifications fréquentes de la personnalité : apathie, somnolence, hypocondrie, hyperémotivité, dépression. Le traumatisme provoque parfois l'hyperglycémie avec des signes de confusion, ou révèle la crise dysthymique chez un prédisposé. Dans les cas graves, les troubles neuro-psychiques vont de la confusion avec parésies oculaires et polynévrite jusqu'au coma.

Une autre catégorie de faits envisage les rapports des variations psychopathologiques avec celles de la glycémie. L'hyperglycémie s'associe aux délires émotifs, aux psycho-névroses, au déséquilibre endocrinien auto-toxique ou d'involution. L'hypoglycémie s'observe dans les psychoses insuliniques pures ou liées à des réactions focales avec signes neurologiques. M. Menninger rappelle les cas d'éclosion du diabète dans l'hypocondrie et les grands traumatismes psychiques. Désordres mentaux et diabète une fois associés évolueront en étroite inter-dépendance.

P. CARRETTE.

Syndrome neuro-anémique, par Louis RAMOND. *La Presse Médicale*, n° 54, pp. 1095-1096, 6 juillet 1935.

L'anémie pernicieuse s'associe fréquemment à des accidents nerveux surtout caractérisés par une ébauche de paralysie spasmodique avec troubles objectifs de la sensibilité profonde. Le pronostic est grave si on n'identifie pas précocement le syndrome pour appliquer le traitement efficace : foie cru (méthode de Whipple), extrait de muqueuse d'antré pylorique (méthode de Castle), acide chlorhydrique et protoxalate de fer.

P. CARRETTE.

Chorée de Huntington chez des jumeaux (Huntington's Chorea in Twins), par Aaron J. ROSANOFF et Leva M. HANDY. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIII, n° 4, pp. 839-841, avril 1935.

Il semble que pour les paires monozygotiques, la chorée est observée chez les 2 jumeaux ; quand elles sont dizygotiques, un seul sujet est atteint. Règle générale qui souffre des exceptions et ne résume pas toute

l'étiologie de la chorée de Huntington. MM. Rosanoff et Handy estiment que les facteurs infectieux, traumatiques ou artérioscléreux, sont à l'origine de cas cliniques impossibles à distinguer des chorées héréditaires.

P. CARRETTE.

Maladie de Raynaud et paralysie générale, par M. DÉRÉVICI et L. SMILOVICI. *Bulletin de la Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*. XVI^e année, n° 2, pp. 86-88, 1935.

Depuis la malariathérapie, on a observé plus fréquemment qu'autrefois des lésions localisées dans la paralysie générale. Les lésions des centres vaso-moteurs médullaires, comme conséquence de l'impaludation, peuvent expliquer la gangrène symétrique des extrémités.

P. CARRETTE.

La frigidité féminine, par P. HARTENBERG. *La Clinique*, octobre 1935.

L'érotisme féminin peut être troublé dans ses bases et dans ses réalisations. Il y a alors absence de désir et de plaisir, c'est-à-dire frigidité. Le développement du pouvoir de réception érotique, — dans nos régions tempérées tout au moins, — n'est que très rarement achevé lors des premières tentatives de coït. Il demande à être dirigé pour substituer peu à peu aux tendances érogènes vulvo-clitoridiennes prédominantes l'aptitude érotique vaginale, normale chez l'adulte, en même temps que s'éduquent les zones secondaires extra-génitales, beaucoup plus importantes chez la femme que chez l'homme. La frigidité trouve ses causes les plus fréquentes dans une évolution vicieuse de cette sensibilité spéciale. Elle sera aggravée par diverses phobies : crainte de la douleur, de la grossesse, hantise du coït écourté, par la mauvaise habitude des excitations clitoridiennes électives. La recherche de l'orgasme impossible, après des inhibitions répétées et de vaines expériences, peut aboutir à la névrose d'angoisse. Pour en prévenir l'éclosion, M. Hartenberg conseille l'emploi des toniques ou des sédatifs suivant les cas et l'opothérapie, mais rappelle que la part principale de la thérapeutique de la frigidité féminine et de ses conséquences revient à l'initiation sexuelle que l'homme doit assurer par l'éveil du désir et l'éducation harmonieuse des zones de sensibilité érotique.

P. CARRETTE.

Troubles vaso-moteurs résultant de lésions corticales (Vasomotor Disturbances Resulting from Cortical Lesions), par Margaret A. KENNARD. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIII, n° 3, pp. 537-545, mars 1935.

Les troubles trophiques des hémiplésiques ont été longtemps considérés comme l'adaptation des organes périphériques à un état local de dénutrition. On tend à admettre aujourd'hui leur origine cérébrale. L'expérimentation montre que les modifications thermiques de la peau correspondent à des lésions de l'aire prémotrice plutôt qu'à des troubles des faisceaux d'associations lobaires ou interlobaires. Cependant, un léger changement de température suit l'extirpation de la zone motrice. Il faudrait mettre en cause une altération du mécanisme des réflexes vaso-dilatateurs. D'autres troubles : œdème, cyanose, diminution de la sécrétion sudorale, témoi-

gnant d'une atteinte du système nerveux automatique, sont notées après extirpation de l'aire prémotrice du cortex.

P. CARRETTE.

Epilepsie autonome corticale (Cortical Antonomic Epilepsy), par James W. WATTS et Charles H. FRAZIER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXI, n° 2, pp. 168-175, février 1935.

Des symptômes tels que les nausées, l'angoisse épigastrique, les vomissements se substituent à titre d'équivalents aux phénomènes convulsifs de la face et des membres dans certaines épilepsies, en dehors même de toute hypertension crânienne. L'hypothèse de l'existence de représentations motrices automatiques dans le cortex cérébral est acceptée par les auteurs. L'aura épigastrique ou viscérale serait due à de violents mouvements du tractus gastro-intestinal, mais on connaît mal les voies motrices intéressées par de tels phénomènes.

P. CARRETTE.

Pathogénie, clinique et thérapeutique de l'épilepsie (Über Pathogenese, Klinik und Therapie der Epilepsie), par F. BRAUN, de Zurich. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVI, 1 et 2, 1935.

C'est la reproduction d'un rapport fait à la réunion de la Société Suisse de Psychiatrie, en mai 1935. Les principaux problèmes touchant l'épilepsie sont mis au point : existence et délimitation de l'épilepsie essentielle, hérédité de l'épilepsie, rôle des facteurs héréditaires dans l'épilepsie traumatique, épilepsie consécutive aux commotions simples (à considérer comme très rare), rôle des convulsions infantiles, âge de début, influence de la saison, de l'âge, sur la fréquence des accidents convulsifs, thérapeutique. Quant à l'hérédité, l'auteur observe une attitude réservée qui lui est inspirée en particulier par les résultats peu concluants des études sur l'épilepsie chez les jumeaux. La seule maladie épileptique, dont le caractère héréditaire et familial paraît être prouvé, la maladie d'Unverricht, n'a aucune parenté avec l'épilepsie idiopathique. Les particularités caractérogiques doivent être interprétées avec prudence, on ne doit pas prendre pour constitutionnel ce qui souvent n'est qu'un effet de la maladie. En somme, la preuve d'une épilepsie idiopathique héréditaire et constitutionnelle reste à faire. Les statistiques démontrent la fréquence des convulsions infantiles dans les antécédents. L'auteur en énumère les formes de gravité : convulsions des premiers jours, convulsions après trois ans, convulsions consécutives à des maladies infectieuses, convulsions avec signes de localisation. Il sépare complètement de l'épilepsie la narcolepsie, les affect-convulsions, les convulsions acétonémiques décrites récemment par Francoini, et, bien entendu, la tétanie ; mais il lui rattache la grande majorité des pycnolepsies, admettant toutefois qu'il existe un petit groupe de syndromes pycnoleptiques d'origine psychogène. L'exposé sur la thérapeutique permet surtout de mettre en relief le caractère décevant des résultats, à part les traitements bromurés, borotartriques et barbituriques. On devrait s'abstenir de communications intempestives, et n'affirmer un résultat favorable qu'après un an d'observation au moins. Le charlatanisme s'est emparé abondamment du domaine de l'épilepsie et s'y est livré aux pires extravagances.

E. BAUER.

Les auras épileptiques psychiques, par L. MARCHAND. *Le Progrès médical*, n° 23, pp. 1005-1006, 8 juin 1935.

L'aura psychique de l'épilepsie représente une forme intéressante de trouble comitial intermédiaire entre les troubles conscients et mnésiques et les crises psychopathiques. Elles peuvent fournir une contribution à l'étude des rapports entre les troubles de conscience et les perturbations fonctionnelles cérébrales grâce à la variété de leurs manifestations cliniques : arrêt, fuite de la pensée, idée parasite, dysmnésies, obsessions et phobies.

P. CARRETTE.

Le « délire de rêve » considéré comme aura épileptique. Les manifestations mentales initiales dans l'épilepsie convulsive (The « Dreamy State » as an Epileptic Aura, with remarks on the Occurrence of Elaborate Fits), par Max LEVIN. *The Journal of Neurology and Psychopathology*. T. XV, n° 60, pp. 289-296, avril 1935.

L'interprétation des auras « intellectuelles », délires plus ou moins associés à des troubles sensoriels, peut-elle renseigner sur le mécanisme du processus comitial ? Pour Jackson, il ne s'agirait pas là d'aura véritable. L'aura serait la première manifestation de la décharge épileptique et l'état onirique ne représenterait qu'un phénomène secondaire dû à l'hyperactivité des centres inférieurs et automatiques préservés pendant la décharge. M. Levin note que l'observation des états oniriques a une portée plus grande dans les formes légères de l'épilepsie, dans les équivalents mnésiques en particulier. Certains patients signalent l'afflux désordonné de pensées et d'impressions sensorielles, phénomène superposable à la véritable tétanisation qui se produit dans le domaine de l'activité motrice.

P. CARRETTE.

Quelques réactions vasculaires chez les épileptiques (Einige Gefässreaktionen bei Epileptikern), par Reidar MARTINSEN. *Acta psychiatrica et neurologica*, X, 3, 1935, Copenhague.

L'examen oscillométrique des artères des membres chez des épileptiques avant et après l'hyperpnée, et après des injections d'adrénaline, n'a montré aucune différence par rapport aux sujets normaux.

E. BAUER.

Etude de l'évaluation consciente du temps chez les normaux et chez les déments épileptiques (Über die Bestimmung der bewussten Zeitschätzung bei Normalen und bei dementen Epileptikern), par E. PUMPIAN-MINDLIN. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVI, 2, 1935.

80 normaux et 80 épileptiques ont été soumis à des épreuves d'évaluation du temps : phases de 30 secondes à 10 minutes, mesurées au chronomètre. Tantôt l'attention n'était pas détournée, tantôt elle était distraite par un exercice surajouté. Des précisions sur la technique sont données dans le texte. Les éléments suivants ont été étudiés plus particulièrement : influence de l'heure de la journée, de l'âge, du sexe, de la distraction, du fond mental épileptique. Les résultats sont réunis dans des tableaux et résumés dans des conclusions. L'évaluation, l'attention étant distraite ou

non, est meilleure chez les normaux que chez les comitiaux ; la différence est plus grande entre les hommes normaux et épileptiques qu'entre les femmes des deux catégories. Chez les épileptiques, la capacité d'évaluation des temps diminue progressivement avec l'âge, alors que les sujets normaux âgés évaluent mieux que les normaux adultes d'âge moyen. Pour les autres résultats, nous renvoyons au texte original.

E. BAUER.

Hémiatrophie faciale associée avec l'épilepsie (Facial Hemiatrophy Associated with Epilepsy), par Dorothy E. DONLEY. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXII, n° 1, pp. 33-39, juillet 1935.

L'hémiatrophie faciale du cas présent est accompagnée de troubles trophiques, circulatoires et sécrétoires, d'hémianopsie bitemporale. Un certain degré d'arriération mentale et un comportement assez caractéristique classent le sujet parmi ceux que Clark a désignés comme « personnalités épileptiques ». Des crises jacksoniennes très nettes permettent d'ailleurs de localiser des zones d'irritation cérébrale. Un tel syndrome apparaît à Mme Donley comme le résultat d'une atteinte du système nerveux automatique dans ses voies centrales et périphériques, affectant aussi bien le cortex que la structure de la face, à la suite d'une lésion des centres végétatifs. La conception de Penfield d'une « épilepsie automatique diencéphalique », surtout basée sur des recherches expérimentales, recevrait donc ici une nouvelle confirmation clinique.

P. CARRETTE.

Tumeur cérébrale avec épilepsie bravais-jacksonienne chez un syphilitique, par J.-A. CHAVANY. *La Presse Médicale*, n° 36, pp. 727-728, 4 mai 1935.

L'apparition de crises jacksoniennes chez un syphilitique n'est pas un fait rare. Quand il y a coïncidence avec des signes imputables à une tumeur il faut se méfier du diagnostic de gomme du cortex. M. Chavany rappelle l'extrême rareté des gommages organisés se développant dans le cerveau. Dans l'observation présentée, la ventriculographie fait préciser l'existence d'un méningiome pariétal. Découverte capitale sans laquelle la thérapeutique risquait de s'égarer dans des essais anti-syphilitiques prolongés et vains.

P. CARRETTE.

Diabète et épilepsie, par Marcel LABBÉ. *La Médecine*, n° 10, pp. 509-525, juillet 1935.

L'épilepsie latente des diabétiques peut être imputée à des lésions nerveuses. Les crises surviendraient à l'occasion de modifications de l'équilibre humoral : état d'acidose, état d'alcalose, hypocalcémie, hypoglycémie. Depuis l'emploi de l'insuline un facteur d'intoxication a été introduit en même temps qu'un agent thérapeutique et il peut être indirectement épileptogène en déterminant l'hypoglycémie. Les observations de M. Labbé tendent même à démontrer que l'insuline — ou une hormone particulière d'origine pancréatique mêlée à l'insuline — intervient directement dans la production des crises épileptiques, sans correspondance fatale avec la diminution du taux de la glycémie.

P. CARRETTE.

L'épilepsie post-malariathérapique, par ALEXANDER et J. TITECA (Travail du centre Neuro-Psychiatrique de Bruxelles). *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1936.

Les cas authentiques sont rares : 2 % environ. La date d'apparition des crises s'étend sur une période le plus souvent de deux à huit mois après la fin des poussées thermiques. Leur symptomatologie est banale, mais diffère des ictus apoplectiformes de la paralysie générale qui ont tendance à apparaître par série, ont une durée plus prolongée, une phase tonique courte ou absente, une phase d'obnubilation plus marquée et s'accompagnent souvent d'hyperthermie. Les auteurs rapportent quatre observations et abordent le problème pathogénique. Après une critique des différentes conceptions que soulève la question, ils attribuent à l'existence de cicatrices cortico-méningées l'influence pathogénique responsable de ces crises dont l'étude a besoin d'être poursuivie.

M. LECONTE.

Sur l'épilepsie réflexe, par J. TAS. *Revue Neurologique*. T. LXIII, n° 5, pp. 657-670, mai 1935.

On désigne sous le nom d'épilepsie réflexe les convulsions apparaissant à la suite d'une excitation périphérique : trauma ou infection (abcès dentaire par exemple). Des auteurs ont nié son existence. M. Tas expose leurs objections et les réfute. Il importe de ne pas confondre l'épilepsie réflexe avec les accidents hystériformes, fréquemment liés à la sinistrose. Il importe également d'observer les malades dès le début des accidents convulsifs. La crise est elle-même un trauma pour le cerveau. Si dans les premiers mois l'excitation périphérique déclenche ou inhibe expérimentalement les convulsions, l'affection se transforme progressivement et les réalités étiologiques s'estompent. La pathogénie est discutée. D'aucuns penchent pour une prédisposition. D'autres admettent la transmission aux centres d'une infection secondaire ou l'intervention de zones épileptogènes. On sait en effet qu'après la cicatrisation des plaies superficielles, le travail d'irritation des nerfs peut se poursuivre insidieusement et ne donner lieu que tardivement à des manifestations pathologiques.

P. CARRETTE.

Etat de mal épileptique par hémorragie sous-arachnoïdienne secondaire à l'alcoolisme aigu chez un enfant (Estado de mal epileptico por hemorragio subaracnoidea secundaria a un alcoholismo agudo, en un niño), par E. PELAZ. *Archivos de Neurobiologia*. T. XV, n° 3, pp. 359-365, 1935.

Les hémorragies sous-arachnoïdiennes ont cessé d'être une rareté depuis la pratique courante de la ponction lombaire. A côté des ruptures d'anévrismes et des troubles vaso-moteurs constitutionnels, des cas aigus accidentels peuvent être observés, par exemple dans l'alcoolisme aigu. C'est le cas du jeune garçon présenté par M. Pelaz, qui entra dans le coma avec convulsions épileptiformes. Les troubles évoluèrent vers une guérison rapide et complète. L'intoxication alcoolique paraît agir comme facteur de déclenchement de la vaso-dilatation centrale.

P. CARRETTE.

Epilepsie chez des jumeaux identiques (Epilepsy in Identical Twins), par Riley H. GUTHRIE et William M. LEBOVITZ. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXI, n° 4, pp. 388-398, avril 1935.

Les cas de trois paires de jumeaux identiques présentant une association d'épilepsie et de déficience mentale sont exposés. La similitude des troubles neurologiques est frappante et les crises convulsives sont parfois déclenchées par les mêmes mécanismes, les mêmes circonstances chez l'un et l'autre sujet. L'étude des réactions des jumeaux identiques indique l'origine de nombreuses manifestations pathologiques, mises à tort sur le compte des causes exogènes et imputables à l'hérédité et aux vices de structure.

P. CARRETTE.

Enquête catamnestique pour éclaircir le problème des rapports entre la tétanie infantile et l'épilepsie (Eine Katamnestische Untersuchung zur Beleuchtung des Verhältnisses zwischen Kindertetanie und Epilepsie), par V. HENDRIKSEN. *Acta psychiatrica et neurologica*, X, 3, 1935, Copenhague.

Une enquête portant sur plus de 50 sujets encore vivants, qui furent traités entre 1912 et 1915 dans un hôpital pour enfants, pour tétanie, éclampsie ou laryngospasmes, a montré qu'aucun n'est atteint d'épilepsie. La tétanie infantile ne prédispose pas à l'épilepsie ; il n'existe aucune parenté entre les deux maladies.

E. BAUER.

Syndrome migraino-tétanique avec symptômes de grande hystérie, par M. WOLF et W. STEIN (*Warszawskie Czanopismo Lekarskie*. T. XII, n° 44 du 28 novembre 1935).

Les auteurs exposent l'observation d'un homme de 31 ans, ayant eu dans l'enfance une maladie de Heine Médine, qui présenta, à la suite d'un violent choc émotionnel, des crises de crampes avec tétanie associées à des accès de migraine. Cependant, ce syndrome migraino-tétanique de Sterling se manifestait à la faveur de facteurs suggestifs indiscutables. Les auteurs soulignent la coexistence simultanée de ces syndromes de nature différente et font ressortir la possibilité de l'influence du mécanisme psychique sur l'apparition des phénomènes somatiques.

FRIBOURG-BLANC.

L'hystérie, par Henri Ey. *Gazette des Hôpitaux*, n°s 46 et 48, pp. 797-803 et 829-836, 8 et 15 juin 1935.

M. Ey termine sa revue générale par un court exposé de la conception du professeur Claude, qui fait de l'hystérie un trouble d'isolement d'une fonction ou d'un système psychomoteur qui y correspond. Il accepte cette théorie également distante des extrêmes. L'hystérie n'est pas plus un état neurologique qu'un dérèglement imaginatif. Certains médecins, rebutés par la difficulté de trouver la définition, — impossible à donner disait Lasèque, — ont préféré nier les faits. Ils adoptent vis-à-vis de l'hystérique une attitude dédaigneuse et sceptique. Une étude objective qui réhabilite un sujet

trop souvent traité avec ironie ou légèreté n'est donc pas inutile. Le cadre de l'hystérie, après avoir été exagérément élargi, s'est rétréci à l'excès par une réaction habituelle dans l'évolution des conceptions humaines et le point le plus délicat reste de lui assigner de justes limites.

P. CARRETTE.

L'hystérie, mode de réaction psychique, par H. CODET. *Le Progrès médical*, n° 23, pp. 958-963, 8 juin 1935.

M. Codet fait justement observer que dans le domaine clinique, l'accord est généralement facile entre médecins, pour désigner un cas d'hystérie tandis que la plus grande diversité d'opinions règne sur la question théorique. Le titre de cet article indique le point de vue de l'auteur. L'hystérie n'est pas une maladie indépendante ; c'est un mode de réaction, celui de la « revendication affective ». Les conflits intérieurs se traduisent par des accidents somatiques, qui marquent l'échec du refoulement. Il faudrait donc admettre un trouble, une disposition spéciale, une altération fonctionnelle pour créer cette aptitude aux transpositions psycho-somatiques.

P. CARRETTE.

Considérations sur trois cas d'hystérie, par L. BALLIF et Zoé CARAMAN. *Bulletin de la Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*, XVI^e année, n° 1, pp. 25-29, 1935.

Les caractéristiques signalées par les auteurs montrent leurs préoccupations vis-à-vis du problème de l'hystérie : caractère utilitaire des troubles, pratique du torpillage modéré donnant des résultats favorables, simulation ou exagération des signes sur un fond de déséquilibre émotif avec troubles glandulaires, principalement thyroïdiens.

P. CARRETTE.

La névrose à la lumière des recherches psychanalytiques, neuroendocriniennes et hérédopathologiques ; confrontation des 3 tendances (Der Neurotiker im Lichte der psychoanalytischen, neuroendokrinen und erbpathologischen Forschungen. Eine Konfrontation der 3 Richtungen), par L. SZONDI, de Budapest. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVII, 2, 1936.

Un aperçu des acquisitions récentes dans l'étude des névroses montre les progrès importants réalisés par les trois tendances rivales également : psychanalytique, neuroendocrinienne, hérédopathologique. Elles ont poursuivi leur chemin isolément, en se combattant mutuellement. Pourtant, qu'on l'envisage à l'un ou l'autre des trois points de vue, qu'on l'envisage à la lumière de n'importe laquelle des découvertes dans les trois camps, la personnalité névrotique apparaît toujours avec le même aspect global : elle représente « une variante extrême, fixée dans un stade primitif, souvent archaïque et infantile, de l'organisation de la vie instinctive ». Seules les terminologies diffèrent : régression libidineuse, disent les psychanalystes ; libération du paléostriatum du contrôle normal par le néostriatum, disent les organicistes, tandis que les hérédopathologistes parlent d'une disposition congénitale et héréditaire à rester fixé dans un stade plus primitif de

vie végétative, endocrine, affective-émotionnelle, instinctive-sexuelle. Les partisans des trois tendances, si rapprochés par leurs résultats, feraient donc mieux de coordonner leurs efforts que de se combattre.

E. BAUER.

Le « Baldéisme », sa situation nosographique et son traitement (El « baldismo, su situación nosográfica y tratamiento), par Fernando GORRITI. *La Semana Medica*, n° 2184, 21 novemb.e 1935.

Le professeur Fernando Gorriti donne le nom de « baldéisme » à un trouble particulier de la personnalité, qui n'est pas un dédoublement réel, ni une manifestation d'ambivalence, mais une déformation spéciale consistant en une dualité du comportement, une succession de réactions antagonistes et contradictoires. Le résultat de ce comportement, fait de condamnations violentes et de larges pardons, de désirs passionnés et de mépris, de cupidité et de désintéressement, d'indignation et de compréhension, aboutit à l'impuissance et à l'angoisse, puis au désespoir et même au suicide. Cet état est l'indice d'un déséquilibre neuro-végétatif et glandulaire, d'une extrême susceptibilité vis-à-vis des modifications physiologiques les plus légères. Le baldéisme est, pour M. Gorriti, une contradiction psychologique et organique qui peut être incorporée à la constitution hystérique. La psychothérapie ne peut être efficace qu'associée à l'opothérapie, aux régulateurs du système neuro-végétatif, auxquels l'auteur croit devoir ajouter la médication infinitésimale par les métaux et les plantes.

Pourquoi donner ce nom de baldéisme à cette dualité psycho-organique ? L'idée vient de l'analyse d'un roman de Rosa Bazán de Cámara, « El pozo de balde », évoqué par M. Gorriti à une séance de la Société argentine de Psychologie. « El pozo de balde » (le puits perdu, inutile ; peu importe d'ailleurs la traduction exacte) décrit, dans le personnage du Chilien (el Chileno), le type psychopathologique visé par l'auteur. Du point de vue étymologique, il est évident que cela ne signifie rien, mais dans le *Bovarysme* admis aujourd'hui par tous, le rapport entre le sens du mot et son origine est identique et on n'a pas trouvé d'autre terme pour désigner le romantisme sentimental, le besoin d'évasion et les conséquences qu'il comporte. Il faut faire à l'auteur de « El pozo de balde » le même crédit qu'à Flaubert. Sa justification n'est pas dans la logique de la langue, mais dans le talent d'un auteur pour lequel la vulgarisation peut être, dans des cas exceptionnels, un légitime et universel hommage.

P. CARRETTE.

Fréquence de l'hyperextension des coudes chez les psychasthéniques, par M. LAIGNEL-LAVASTINE. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 26 mai 1936.

L'hyperextension des coudes constatée dans plus de 60 % des cas chez les psychasthéniques est une disposition anatomique permanente indépendante de l'hypotonie musculaire. Elle s'associe assez souvent à un cubitus valgus et à d'autres anomalies morphologiques, manifestations d'hérédosyphilis. Cette hyperextension doit être considérée elle-même comme un caractère récessif morphologique hérédosyphilitique, à rapprocher de l'obsession, caractère récessif psychique.

Maurice LECONTE.

PSYCHOLOGIE

Le processus du métacontraste, par H. PIÉRON. *Journal de Psychologie*, n° 1-2, 1935.

Le métacontraste est « le fait qu'une impression lumineuse brève d'une région de la rétine est plus ou moins complètement effacée par une impression semblable consécutive, affectant une région contiguë ». Le protocole des expériences de Piéron intéressera beaucoup moins les psychiatres que le phénomène lui-même, processus d'inhibition rétroactive, et l'analyse de son mécanisme ; certains l'utiliseront peut-être un jour pour éclairer d'une lumière nouvelle la psycho-biologie de l'hallucination.

G. FERDIÈRE.

La nature et les éléments psychiques de l'habitude, par A. SPAIER. *Journal de Psychologie*, n° 3-4, 1935.

Dans cette conférence faite à l'Université de Rennes en avril 1932, l'auteur recherche les traits communs à toutes les habitudes, passives (accoutumance) et actives (habileté) ; il s'explique la force de l'habitude, c'est-à-dire ses sources énergétiques ; il étudie rapidement ce qu'il appelle les conditions secondes de l'habitude et se demande si elle ne suppose pas un certain nombre de constituants proprement intellectuels capables d'en expliquer à la fois l'économie et l'efficacité. Pour lui elle n'est pas réductible à un simple mécanisme corporel : « elle peut être à la fois une tendance, un sentiment et un savoir ».

G. FERDIÈRE.

Sur la mémoire affective, par E. SIGNORET. *Journal de Psychologie*, n° 3-4, 1934.

L'auteur rappelle les différentes théories du souvenir et oppose une fois de plus James et Ribot ; après un certain nombre de remarques dont quelques-unes sont empruntées à la littérature ou à la pathologie, il conclut que la mémoire est essentiellement affective, mais il ajoute : « il ne semble pas y avoir de mémoire proprement affective, pas plus qu'aucune mémoire absolument concrète, échappant... au réseau des relations constitutives de la conscience et de l'intelligence ».

G. FERDIÈRE.

PSYCHANALYSE

Interprétations psychanalytiques de la jalousie (Interpretaciones psicoanalíticas de los celos), par Gonzalo R. LAFORA. *Archivos de Neurobiología*. T. XV, n° 3, pp. 427-442, 1935.

La jalousie est un sentiment normalement refoulé en rapport avec les tendances œdipiennes ou homosexuelles d'après la conception freudienne, avec le désir de possession et de domination d'après Adler. Le passage de la jalousie normale à l'attitude pathologique est conditionné par deux ordres de facteurs. Les uns, originels, se développent autour du sentiment

d'infériorité. Les autres occasionnels, relèvent de la timidité et de ses habitudes de compensation (alcoolisme dans le cas de M. Lafora), de la faiblesse physique, de la violence des attractions sexuelles, d'échecs antérieurs. Pour donner à la jalousie un caractère de concentration obsédante ou délirante, il faudrait surtout un ensemble de dispositions constitutionnelles exaspérées par des expériences infantiles malheureuses. Ainsi s'installerait une sexualité anormale capable de préparer la jalousie morbide, non pas seulement dans sa forme passive, mais avec un potentiel prêt à s'employer à la faveur des circonstances exaltantes.

P. CARRETTE.

Paranoïa et homosexualité (Paranoïa y homosexualidad), par Angel GARMA. *Archivos de Neurobiología*, T. XV, n° 2, pp. 251-271, 1935.

Les préoccupations homosexuelles, — tendances, refoulements ou idées de persécution, — sont fréquentes dans l'état paranoïde schizophrénique. C'est un fait d'observation et les théories ne peuvent rien pour affirmer le caractère fortuit de cette association. Des diverses hypothèses pathogéniques à retenir, la plus logique paraît être la conception psychanalytique, qui considère l'homosexualité comme une condition étiologique du syndrome paranoïde.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude de la schizophrénie, par R. LAFORGUE. *L'Evolution psychiatrique*, fasc. 3, pp. 81-96, 1935.

Etat schizophrénique composé d'un délire mélancolique avec obsessions rapidement compliquées par les manifestations discordantes, l'apparence de désagrégation intense de l'hébéphrénie. Une psychothérapie opportune à la recherche du sens profond des réactions, libérant lentement la conscience morale, rétablit le contact avec l'entourage et l'équilibre psycho-moteur troublé. La technique de M. Laforgue réalise ici un effort de rééducation dont la portée n'est pas seulement individuelle, mais familiale. Elle met à jour les répercussions parfois dramatiques des premières initiations sexuelles adultes chez certains émotifs, source de désordres physiologiques, point de départ de psychonévroses, dissimulé ou méconnu dans la majorité des cas de pratique courante.

P. CARRETTE.

ANATOMIE

Anatomie pathologique de l'épilepsie (Pathologische Anatomie der Epilepsie), par M. MINKOWSKI (de Zurich). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVII, 2, 1936.

Cet article reproduit le rapport présenté par l'auteur au Congrès de Londres, en 1935, à la place du regretté W. Spielmeyer. Il étudie d'abord les lésions paroxysmales puis celles de l'épilepsie chronique. Les premières sont trop variables et inconstantes et manquent des caractères de spécificité nécessaires pour établir des relations précises avec les manifestations cliniques. L'auteur n'est pas d'accord avec Spielmeyer et son école, qui

tend à tout ramener au « facteur vasal ». Les lésions de l'épilepsie chronique sont de deux ordres. Les unes représentent la somme des altérations paroxysmales, d'autres : corticales, au niveau de la corne d'Ammon, chorioïdales, olivaires, sont l'expression soit de processus dysplasiques primaires, soit de processus pathologiques du 1^{er} âge, soit d'un trouble chronique, mais elles aussi sont variables, inconstantes, dépourvues de spécificité, au point qu'aucune ne peut être considérée comme cause directe de l'épilepsie. Sans doute ces lésions, de localisation variable, sont autant de substratums anatomiques favorisant l'éclosion de l'épilepsie, trouble général et d'ordre fonctionnel. Qu'est-ce que ce trouble, quel est son facteur pathogénique essentiel, l'anatomie pathologique est incapable d'apporter à ces questions une solution directe. Probablement il s'agit du trouble essentiel dynamique d'une fonction nerveuse fondamentale. Diverses interprétations ont été tentées déjà, dans cet ordre d'idées, en particulier par l'auteur.

E. BAUER.

BIOLOGIE

La réaction de Takata-Ara dans les maladies mentales, par A. BRUNO. (*Revista de Medicina Legal y jurisprudencia médica*, 1^{re} année, n° 4, décembre 1935).

Parmi les diverses réactions colloïdales, il faut attribuer une importance particulière à une réaction nouvelle proposée par deux expérimentateurs japonais, Takata et Ara, qui révèle les processus métasyphilitiques, méningitiques et les affections mentales.

La technique est la suivante : on ajoute à 1 cm³ de liquide céphalo-rachidien limpide une goutte d'une solution de carbonate de soude à 10 %, puis 0,30 d'un mélange à parties égales d'une solution de fuchsine basique à 0,02 % récemment préparée et d'une solution de bichlorure de mercure à 0,50 %. On agite fortement et l'on procède à la lecture des résultats après 2, puis 30 minutes, 1 et 4 heures. La réaction est négative s'il y a absence de précipité et si le liquide prend une coloration violette. L'absence de précipité et une coloration rose s'interprètent comme une réaction positive du type méningitique II. S'il se produit une précipitation de couleur bleu-violacée, avec liquide supérieur clair, la réaction est positive du type métasyphilitique I.

La réaction de Takata-Ara constitue parmi ses similaires une précieuse méthode permettant de reconnaître dans un liquide céphalo-rachidien l'existence d'un syndrome syphilitique ou méningitique. Les résultats obtenus par l'auteur dans les cas de paralysie générale ou de psychoses syphilitiques furent toujours positifs sans exception. Dans les cas de réaction méningitique, les résultats furent moins constants. Par contre, dans les autres affections mentales, la réaction fut parfaitement négative.

LAUZIER.

Expériences sur la perméabilité méningée, par I. ANZALDI. (*Revista de Medicina legal y jurisprudencia médica*, 1^{re} année, n° 4, décembre 1935).

L'auteur a employé la méthode de Foerster pour étudier la perméabilité méningée. Après avoir extrait par ponction lombaire 4 cm³ de liquide

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Octobre 1936. 35.

céphalo-rachidien, on injecte dans le rachis 2 cm³ d'une solution d'iodure de sodium à 5 %. Une heure et demie après, on recherche dans l'urine la présence de l'iodure. Foerster considère que la perméabilité méningée est normale quand on retrouve dans l'urine, après 90 minutes, l'iodure de sodium injecté par voie intrarachidienne.

Dans la paralysie générale, la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique se trouve augmentée. Elle est au contraire diminuée dans les cas de démence précoce et l'on relève des délais de plusieurs heures avant que commence l'élimination. Il n'y a aucune relation entre l'état de la tension du liquide céphalo-rachidien et de l'élimination de l'iodure. La méthode de Foerster est applicable à tous les cas et ne présente aucun risque.

LAUZIER.

De la ponction sous-occipitale (à propos de 110 cas personnels), par Georges BASCH. *Le Monde Médical*, n° 864, pp. 693-697, 15 mai 1935.

La ponction sous-occipitale n'a pas les suites pénibles de la ponction lombaire. Elle doit avoir la préférence chez les malades adultes, les syphilitiques dont il faut surveiller l'éclosion possible des troubles nerveux par des procédés sûrs et sans rebuter les patients par des interventions à suites d'autant plus douloureuses que les méninges sont plus saines. M. Basch propose la position abdominale tête fléchie en avant ; le seul temps délicat de l'intervention étant le repérage en profondeur par la perforation de la membrane qui double la dure-mère.

P. CARRETTE.

La ponction atlo-axoïdale directe. Sa technique et ses avantages dans l'injection du lipiodol (A punção atlo-axial directa, sua technica e suas vantagens na injeção do lipiodol), par Sylvio ARANHA de MOURA. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*, T. 1, n° 3, pp. 354-358, avril-juin 1935.

La ponction sous-occipitale a des indications de plus en plus nombreuses. La technique en est facile. M. Haguenau a montré que le trajet atlo-axial n'est pas plus dangereux que la voie occipito-atloïdienne si on prend les précautions nécessaires. M. Aranha de Moura a utilisé parallèlement les deux méthodes et a acquis la certitude que le lipiodol s'écoule plus rapidement et plus aisément quand on passe entre les deux premières vertèbres.

P. CARRETTE.

Quelques expériences avec la mescaline (Einige Meskalinversuche), par Ag. MÖLLER. *Acta psychiatrica et neurologica*, X, 3, 1935, Copenhague.

L'auteur a expérimenté la mescaline chez 8 malades mentaux, maniaques-dépressifs, schizophrènes catatoniques, un paralytique général avec syndrome stuporeux catatoniforme associé. Il rapporte également 2 auto-observations de sujets normaux, dont la sienne. L'anormal psychique se prête mal aux expériences avec la mescaline. Même aux doses très élevées, elle a une action peu intense sur le cerveau pathologique, les troubles hallucinatoires sont peu prononcés et ne présentent aucun caractère spécifique de l'intoxication. Contrairement à Béringer, l'auteur pense que le tempérament

psychique normal du sujet soumis à l'expérience n'est pas sans influence sur les symptômes de l'intoxication. Celle-ci produit habituellement une modification de l'état affectif dans le sens d'une simple exagération de la tonalité affective normale du sujet. Ainsi, la mescaline n'a produit chez aucun schizophrène un état maniaque ou mélancolique, mais une mélancolie s'est transformée en manie chez une malade plutôt expansive à l'état normal, tandis que dans trois cas, où la dépression fut accentuée par le poison, des tendances dépressives avaient existé également avant la maladie. Des états d'extase ne sont provoqués qu'à condition d'une disposition à ces états. En thérapeutique, la mescaline à doses modérées pourrait convenir à certaines dépressions.

L'expérimentation sur lui-même a permis à l'auteur de préciser le développement des hallucinations visuelles colorées et de décrire les stades de transition.

E. BAUER.

Contribution à l'étude du mécanisme de l'action de l'atropine sur le système nerveux, par les Professeurs V. V. BRAILOWSKI et N. G. PONIROWSKI (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, nos 4-5, 1935, pp. 166-171).

Dans des expériences faites sur 9 chiens, les auteurs constatent que la solution d'atropine à 1 % introduite par la voie sous-arachnoïdienne, provoque des crises épileptiques, autant chez les chiens morphinisés que chez ceux qui n'ont pas reçu d'injection de morphine préalable. L'action de l'atropine sur le système végétatif était très prononcée et suivait de près l'injection. L'atropine injectée par la voie sous-arachnoïdienne apparaît rapidement dans le sang et par conséquent peut exercer une action périphérique.

FRIBOURG-BLANC.

L'achlorhydrie dans les psychoses et plus spécialement dans les cas d'anémie (*Achlorhydria in the Psychoses : with special Reference to coincident Anæmia*), par Ruby O. STERN. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXI, n° 333, pp. 358-369, avril 1935.

L'achlorhydrie gastrique est moins fréquente dans les psychoses que chez les individus normaux. La majorité des cas concerne des dépressions de longue date et des troubles mentaux de l'anémie pernicieuse. L'achlorhydrie est un facteur d'aggravation. Dans un cas de gastrectomie avec anémie et psychose grave, M. Stern note l'échec du traitement par l'extrait hépatique alors que l'amélioration est nettement obtenue dans une anémie pernicieuse du même type, avec troubles mentaux, mais sans altérations du chimisme gastrique.

P. CARRETTE.

La neuroanémie expérimentale (Recherches histologiques), par G. LAVITOLA. *L'Ospedale Psichiatrico*, Naples, octobre 1935.

L'auteur rapporte ses recherches effectuées sur des lapins. Il provoquait l'anémie en enlevant périodiquement du sang. Dans quelques cas, à l'ané-

mie il associait la « perfrigération ». Seuls les animaux soumis à ces deux épreuves associées présentaient des troubles nerveux et des altérations de la substance chromatique et du réseau endocellulaire des cellules nerveuses, des cornes grises antérieures de quelques régions de la moelle.

Paul ABÉLY.

Recherches expérimentales sur les effets physio-pathologiques de la musique, par S. SCHÖNAUER. *L'Ospedale Psichiatrico*, Naples, octobre 1935.

Après un vaste exposé bibliographique, l'auteur étudie les méthodes et les résultats des recherches et observations se rapportant à cette question. Il conclut que la musique est capable de provoquer des réactions sphymographiques, pneumographiques et psychiques, chacune bien individuelles et faciles à reproduire chaque fois, variant avec le changement des facteurs musicaux individuels et de l'entourage. L'auteur se propose d'étudier les effets de la musique dans les différentes maladies mentales et nerveuses.

Paul ABÉLY.

L'équilibre acido-basique dans la tétanie, par L. BALLIF et I. GHERSCOVICI. *Bulletin de la Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*. XVI^e année, n° 2, pp. 89-93, 1935.

Pour MM. Ballif et Ghercovici, l'alcalose sanguine est exceptionnelle dans la tétanie. La conjonction des deux faits continue cependant à être admise et réaffirmée. Quand il y a déséquilibre acido-basique, ce serait plutôt avec une légère tendance à l'acidose. Les auteurs apportent une nouvelle observation démonstrative. Ils préconisent les irradiations ultraviolettes, les vitamines D et les extraits pré-hypophysaires à titre prophylactique et le traitement par les extraits parathyroïdiens et par les sels de calcium.

P. CARRETTE.

L'épreuve du rouge Congo dans la schizophrénie (La prueba del rojo Congo en la esquizofrenia), par E. OLIVARES et B. LLOPIS. *Archivos de Neurobiología*. T. XV, n° 3, pp. 387-395, 1935.

L'injection intraveineuse de 10 à 12 cm³ de rouge Congo à 1 % est suivie d'une élimination dont le rythme moyen est connu et qui varie dans divers états pathologiques. L'indice est fourni par un rapport entre la concentration du colorant dans le sérum 4 minutes et 1 heure après l'injection. Cet indice est augmenté dans les cas aigus de schizophrénie. Pour certains auteurs, ces variations seraient en rapport avec une défaillance fonctionnelle du système réticulo-endothélial. Sans l'affirmer, MM. Olivares et Llopis considèrent les modifications de l'indice du rouge Congo comme un signe de troubles fonctionnels du foie et des reins, d'altérations chimiques et colloïdales du sang.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

Les lignes directrices du traitement des algies en général par le venin de cobra, par M. LAIGNEL-LAVASTINE et N. T. KORESSIOS. *Revue médicale française*, n° 6, pp. 511-513, juin 1935.

Il existe plusieurs variétés de venins de serpent. Chacune a ses propriétés et sa posologie. Les auteurs ont préconisé un venin de cobra non filtré aux doses de 1/100 à 1/10 de milligramme, qui agirait par vaso-dilatation des capillaires. Les algies des cancers profonds seraient les plus sensibles au traitement, l'action vasculaire favorable diminuant les compressions péri-tumorales. Le même mécanisme doit être invoqué dans les rhumatismes chroniques avec congestion périarthritique et il contre-indique l'emploi simultané du radium, dont les tendances irritatives entraînent une recrudescence momentanée des phénomènes douloureux. P. CARRETTE.

Le traitement des vomissements nerveux incoercibles par la faim et par la soif, par R. MORICHAU-BEAUCHANT. *Archives hospitalières*, n° 5, pp. 233-235, mai 1935.

Les vomissements dits nerveux sont traités par l'auteur avec succès par la diète complète. Il faut évidemment s'assurer d'abord du diagnostic avec le maximum de certitude. On peut supposer que les premiers vomissements sont dus à des troubles gastriques fonctionnels et que le réflexe conditionnel s'installe peu à peu ; l'idée de manger, la vue des ustensiles familiers évoquant le spasme évacuateur. Après quelques jours, la soif modifie les dispositions organiques, malgré les injections de sérum et les lavements. M. Morichau-Beauchant, sur 15 malades, note trois échecs qui paraissent bien résumer les difficultés et les objections du procédé. Il s'agit des trois types habituels d'intolérants et d'anorexiques : la jeune fille hystérique, la femme enceinte et la délirante au début de sa psychose. P. CARRETTE.

Contribution à la question de la thérapeutique hormonale intrarachidienne (Beiträge zur Frage der endolumbalen Hormonbehandlungen), par A. STIEF-SZEGED. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol 92, fasc. 6, 1936.

Les injections intrarachidiennes d'hormones présentent des inconvénients graves, leurs résultats sont médiocres. L'auteur a pratiqué des injections d'insuline ou de glanduîtrine chez 14 schizophrènes ; il n'a constaté une rémission durable qu'une fois, et une seule fois une suspension passagère de l'état stuporeux. Le traitement détermina des troubles sérieux : migraine, vertiges, vomissements, fièvre, collapsus, bradycardie, anorexie, chute du poids, agitation motrice, convulsions (1 cas). L'expérimentation physiologique (thyroxine intracisternale chez le chien) a permis de constater des lésions médullaires graves. De même l'injection intracisternale ou intracérébrale d'insuline provoque une irritation méningée, une véritable méningoencéphalite artificielle. D'ailleurs, les injections hormonales intrarachidiennes sont parfaitement inutiles, le but poursuivi n'est pas atteint, c'est-à-dire la barrière hémocéphalique n'est nullement évitée ; il est démontré en effet que les hormones n'arrivent au contact des centres que par l'intermédiaire du réseau vasculaire sous-archnoïdien. E. BAUER.

Les effets thérapeutiques des préparations d'hormones oestrogènes dans certains cas d'épilepsie idiopathique et de migraine (The Therapeutic Effects of Estrogenic Hormone Preparations in Certain Cases of Idiopathic Epilepsy and in Migraine), par Richard W. WHITEHEAD et Edwin E. Mc NIEL. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 6, pp. 1275-1288, mai 1935.

Les migraines et les manifestations comitiales liées à la grossesse, à l'insuffisance permanente ou périodique de l'activité ovarienne sont justiciables d'une thérapeutique endocrinienne qui a donné aux auteurs des résultats appréciables. Dans certains cas, on fait appel aux synergies fonctionnelles de l'hypophyse. Les substances suivantes sont utilisables : l'emménin de Collip, la theelin, le theelol et l'ammiotin introduits par Doisy et ses collaborateurs. Tous ces médicaments s'emploient par voie orale, en gouttes ou en capsules. Cette méthode thérapeutique peut être rationalisée. Il est logique d'admettre que l'introduction des hormones supplée à certains déficits et favorise les actions anti-toxiques nécessaires. Tenant compte des résultats observés également chez l'homme, les auteurs font jouer un rôle primordial à la régulation du métabolisme hydrique.

P. CARRETTE.

La diète cétogène dans le traitement de l'épilepsie essentielle infantile (La dieta cetógena en el tratamiento de la epilepsia genuina infantil), par E. PELAZ. *Archivos de Neurobiología*, T. XV, n° 3, pp. 343-358, 1935.

Le traitement diététique de l'épilepsie est étudié suivant les rations d'hydrate de carbone et leurs rapports avec les albumines et les graisses. Dans 16 cas d'épilepsie infantile on note l'excellent effet de la diète cétogène pour la moitié des cas et une amélioration notable chez 7 autres sujets. L'auteur fait intervenir l'influence favorable de l'acidose, les tendances anti-convulsives des corps acétoniques, le bénéfice consécutif à la déshydratation et l'action possible de la restriction hydrocarbonée sur la dysfonction vago-insulinique des épileptiques.

P. CARRETTE.

L'ionisation trans-cérébrale iodurée dans l'épilepsie (A ionização trans-cerebral iodurada na epilepsia), par Fausto GUERNER. *São Paulo Médico*, T. I, n° 5 et 6, pp. 107-114, mai-juin 1935.

L'ionisation iodurée employée par M. Bourguignon dans les affections organiques du système nerveux a été réalisée suivant la même technique par l'auteur. 6 séries de 15 séances ont fait pénétrer 3 à 5 milliampères pendant 30 minutes chez 35 malades atteints d'épilepsie par lésion cérébrale : méningo-encéphalite aiguë, syphilis tertiaire, artério-sclérose et traumatisme crânien. 16 cas ont été plus ou moins améliorés et 7 cas guéris, 5 d'entre eux ayant été observés pendant 1 an et les autres pendant 6 mois.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE, séance exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *jeudi 12 novembre 1936*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 novembre 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (XIV^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 décembre 1936*, 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.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 28 décembre 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Nécrologie

M. le D^r Raymond MALLET, Médecin-Inspecteur de la Préfecture de Police, Expert près le Tribunal de la Seine, *membre titulaire* et ancien trésorier de la Société Médico-psychologique ;

M. le Professeur Santin Carlos Rossi, professeur de Clinique psychiatrique, à l'Université de Montevideo (Uruguay), *membre associé étranger* de la Société Médico-Psychologique.

Prix de la Société Médico-psychologique

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, présentés pour les *prix à décerner en 1937 (Prix Aubanel, Legs Christian)* devront être déposés avant le 31 décembre 1936, chez le Dr Paul COURBON, Secrétaire général de la Société Médico-psychologique, Médecin-Chef à l'Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e arrondissement).

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 1937 ont été publiées dans les *Annales Médico-psychologiques* (numéro de janvier 1936, pages 139-140).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Légion d'Honneur

M. Eugène RAIGA, Directeur général honoraire à la Préfecture de la Seine, est promu *officier de la Légion d'honneur*.

Médailles d'honneur de l'Assistance publique

Médaille d'or :

M. le docteur BARUK (Jacques), médecin-directeur de l'Asile de Saint-Gemmes-sur-Loire.

Médaille d'argent :

M. le docteur PLAGNIEUX (Jean), médecin-directeur de l'Asile de Sarreguemines.

Médaille de bronze :

M. le docteur JOURDRAN (Maurice), médecin-chef à l'Asile de Saint-Robert.

Distinctions Honorifiques étrangères

M. le professeur Pierre COMBEMALE, de la Faculté de Médecine de Lille, médecin-chef à l'Asile public d'aliénés de Bailleul (Nord), secrétaire général du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, est nommé *Chevalier de l'Ordre de la Couronne* de Belgique.

Nominations

Mlle le docteur Elisabeth CULLERRE est nommée médecin-chef des Asiles de la Seine ;

Mlle le docteur M. DEROMBIES est nommée médecin-chef à l'Asile public d'aliénés de Saint-Ylie (Jura) ;

M. le docteur SIVADON est nommé médecin-directeur de la Colonie familiale d'aliénés d'Ainay-le-Château (Allier).

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

le poste de médecin-directeur de l'Asile public départemental d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne) ;

un poste de médecin-chef à l'Asile public départemental d'aliénés de Vauclaire (Dordogne).

Limite d'âge des médecins des asiles publics d'aliénés

Par décret du 6 octobre 1936, la limite d'âge des fonctions de médecin des Asiles publics d'aliénés est fixée à soixante-deux ans.

Bourse de voyage de l'Association Amicale des internes et anciens internes des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine

Une Commission, composée de MM. René CHARPENTIER, *président*, COURBON, J. HAMÉL, G. PETIT et Th. SIMON, a attribué à Mlle le docteur M. DEROMBIES, cette *bourse de voyage à l'étranger*, 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.

Conformément à l'article 5 du Règlement, après examen du mémoire inédit exposant les résultats de ce voyage, la Commission a décidé d'attribuer à Mlle le docteur M. DEROMBIES le titre de *lauréate de l'Association Amicale des internes et anciens internes des Asiles de la Seine*. Ce mémoire sera publié dans les *Annales Médico-Psychologiques*.

Concours de l'Internat en Médecine des Asiles de la Seine

Un concours pour 9 places d'*interne en médecine* titulaire et la désignation d'*internes provisoires des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine*, de l'Infirmier spéciale des aliénés près la Préfecture de Police et de l'Hôpital Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale), s'est ouvert à Paris, le 22 octobre 1936.

Le Jury était composé de M. MICHAUT, Sous-Directeur de l'Assistance départementale à la Préfecture de la Seine, *président*, et de MM. CASTAIGNE MAUCLAIRE, VURPAS, BEAUDOUIN, Xavier ABÉLY, Paul ABÉLY, R.-D. ANGLADE.

1° Questions posées aux différentes épreuves :

Pathologie :

Formes cliniques des pleurésies tuberculeuses.
Hydrocèle.

Anatomie et physiologie du système nerveux :

Les noyaux gris bulbo-protubérantiels (anatomie et physiologie).

Question de garde :

Conduite à tenir, devant une rétention complète d'urine.

2° Questions restées dans l'urne :

Pathologie :

Etude clinique de la maladie de Basedow. -- Signes et évolution de la néphrite chronique.

Complications de la lithiase rénale. — Fractures des côtes.

Anatomie et physiologie du système nerveux :

Lobe pariétal. (Anatomie et physiologie).

Noyaux striés. (Anatomie et physiologie).

Question de garde :

Conduite à tenir devant un malade transporté à l'hôpital, atteint de violentes douleurs abdominales.

Conduite à tenir devant un diabétique conduit en état de coma à l'hôpital par sa famille.

A la suite de ce concours, ont été nommés :

Internes titulaires : 1. M. BOUVET ; 2. MM. BUVAT et PERROT (*ex æquo*) ; 4. M. DESHAIES ; 5. M. PRIOLET ; 6. M. ROYER ; 7. Mlle POCHON ; 8. MM. SOURIAU et SUTTEL (*ex æquo*).

Internes provisoires : 1. M. NEVEU ; 2. M. BESNOIT ; 3. M. HAAS ; 4. M. PERBIN.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE**Prophylaxie mentale par l'Eugénisme**

La Commission de Surveillance des Asiles publics d'aliénés de la Seine, dans sa séance du 8 juillet dernier, a adopté, sur la proposition de M. Eugène RAIGA, l'importante motion suivante :

« Considérant que le nombre des aliénés augmente dans des proportions alarmantes, qu'il n'est pas douteux que l'hérédité ne soit l'une des causes principales de cette déplorable progression, et estimant qu'il appartient aux Pouvoirs publics de prendre d'urgence des mesures tendant à préserver l'avenir de la race française, a l'honneur de demander à M. le Ministre de la Santé publique de rechercher les moyens de faire pénétrer dans les familles françaises, en vue d'encourager la pratique de l'eugénisme volontaire, la notion de l'hérédité propagatrice des maladies mentales. »

Nous avons demandé à M. E. Raiga de vouloir bien nous indiquer comment il motive sa proposition. Nous nous faisons un plaisir de publier la note pleine d'intérêt ci-après, qu'il s'est empressé très aimablement de nous faire parvenir.

PROPHYLAXIE MENTALE PAR L'EUGÉNISME VOLONTAIRE

En qualité de membre de la Commission de Surveillance des Asiles publics d'aliénés de la Seine, je me trouve, comme également mes collègues, aux premières places pour constater l'augmentation, d'année en année, dans une proportion inquiétante, du nombre des aliénés. Nos statistiques dénoncent une progression constante des entrées dans nos établissements, de telle sorte que nous déplorons, à chacune de nos visites, en dépit des agrandissements incessants et d'une série de pavillons en acier réputés économiques, le plus lamentable encombrement ; nous atteignons aujourd'hui, dans la Seine, le chiffre impressionnant de 20.000 malades internés dans les Asiles publics, qui coûtent au département la somme ronde annuelle de 130 millions. Il est vraisemblable que les établissements privés voient un accroissement de proportion équivalente, dans leur clientèle.

Est-il possible d'enrayer le mal, qui d'ailleurs n'est pas particulier à la Seine, mais, d'après nos renseignements, s'étend à la France tout entière ?

L'on a beaucoup écrit sur les causes de l'aliénation mentale dans ses différentes formes. Elles sont très complexes : l'alcoolisme, la syphilis, les intoxications, l'usure du système nerveux, déterminée par les épreuves quotidiennes de notre vie trépidante, etc... Il en est une qui les résume toutes et sur laquelle les psychiatres semblent tous d'accord : l'hérédité pathologique. Il n'est pas téméraire d'affirmer qu'elle est tenue dans le monde médical comme la principale. Si donc l'on veut prévenir d'une façon efficace la progression des maladies mentales, c'est de ce côté qu'il faut résolument se tourner.

Mais comment y parvenir ?

De même que l'on améliore les animaux par la sélection des sujets reproducteurs, il n'est pas douteux que, par les mêmes procédés appliqués à la race humaine, l'on obtiendrait des résultats très remarquables. L'eugénisme (1) est assurément le moyen le plus propre à exercer une salutaire influence sur la destinée humaine.

Mais Boileau n'a pas craint de déclarer : Le plus sot animal, à mon avis, c'est l'homme, et il est malheureusement plus malaisé de régler la reproduction des humains que celle de nos frères inférieurs. Des questions de sentiment, des préjugés, objections très respectables, viennent y faire obstacle. L'état de nos mœurs n'y est pas préparé. Certains pays d'Europe et d'Amérique, cependant, pratiquent hardiment l'eugénisme et, par des mesures d'autorité, tentent de résoudre le grand problème de l'amélioration de la race.

Il se présente sous deux aspects : l'un positif, l'autre négatif :

d'une part : amélioration de la race par la sélection des plus aptes, des plus forts, des mieux doués ;

de l'autre : recherche des moyens propres à empêcher la race de se détériorer.

C'est ce deuxième aspect que je propose d'envisager et de retenir. Il ne serait pas impossible, à mon sens, de décourager la procréation d'enfants prédestinés à la folie ou au crétinisme. L'on a pensé, en d'autres pays, à rendre stériles les individus atteints de maladies mentales, et aussi à im-

(1) Je dis « l'eugénisme », désinence conforme au génie de notre langue et non « l'eugénique », désinence anglo-saxonne.

ser aux futurs époux la production de certificats pré-nuptiaux. Ce sont là des procédés qui, en notre pays d'individualisme passionné et aussi de délicatesse morale, auraient, je le crois, peu de chance de succès, de même que tous autres moyens de contrainte. Chez nous, n'a-t-on pas une sorte de propension instinctive à se jouer de tous les règlements et à les violer avec la plus désinvolte allégresse. En France, l'eugénisme ne saurait être envisagé comme admissible que s'il est volontaire. Le Français est apte à tout comprendre et, quand il a compris, à se ranger à toute mesure qu'il jugera utile.

Aussi bien, par une éducation appropriée, par une propagande intelligemment conduite, serait-il donc si difficile de faire naître dans les esprits la crainte salutaire des unions néfastes. L'on démontrerait aisément aux jeunes gens à quels malheurs ils s'exposent et condamnent leurs descendants en s'unissant à des êtres suspects de détraquement cérébral ou issus de familles comptant des aliénés. Ceux qui portent un lourd fardeau de tares ancestrales ne devraient pas se marier. Aucun être humain ne devrait prendre la responsabilité de donner le jour à des êtres voués par avance à l'Asile ou à une vie misérable.

L'hérédité ? « quel monstre, proclamait déjà Montaigne, que cette goutte de semence, de quoy nous sommes produits, qui porte en soi les impressions, non de la forme corporelle seulement, mais des pensements et des inclinations de nos pères ?... si bien que l'arrière-petit-fils répondra à son bisaïeul, le petit-nepveu à l'oncle ? » Depuis Montaigne, de nombreux travaux se sont accumulés, traitant sous toutes ses faces le problème de l'hérédité pathologique. Tous les médecins en ont eu des échos. Moi-même, simple profane, qui ai eu à me préoccuper de ces questions d'hérédité, je retrouve dans mes notes un extrait d'un travail des docteurs Magnan et Sérieux, où les deux éminents praticiens les ont définies d'une façon remarquable. Je ne puis mieux faire que de rappeler ces lignes, d'une précision qui ne laisse rien à désirer :

« Au point de vue de la transmission des tares dégénératives, proclament ces savants auteurs, il est nécessaire de faire l'éducation de l'opinion publique, qui ne se soucie guère de sélection sociale. Le rôle du médecin est, dans l'espèce, considérable. Certaines unions doivent être déconseillées, en particulier quand les tares héréditaires existent dans les deux familles, ou quand l'un des conjoints a présenté des troubles psychopathiques graves par leur nature, leur répétition ou leur caractère familial, ou présente des tares héréditaires à la fois du côté paternel et maternel... On devra d'ailleurs établir une distinction entre la signification des psychoses constitutionnelles et celle des psychoses accidentelles ou organiques. On interdira formellement le mariage aux anormaux constitutionnels malfaisants et aux sujets consanguins présentant des tares psychiques. »

Pour faire l'éducation de l'opinion publique, les médecins, dans les différentes régions de la France, ne devraient-ils pas avoir à cœur, avec tous les ménagements qu'exige l'accomplissement de ce devoir social, de prémunir les familles contre les conséquences d'unions indésirables, et les instituteurs eux-mêmes recevoir mission, dans chaque commune, d'instruire leurs élèves sur la fréquence de l'hérédité des maladies mentales ?

M. Henri Sellier, Ministre de la Santé publique, a récemment exposé, dans une interview, son plan de campagne en ce qui concerne particulièrement

la plaie saignante de la dénatalité française. Pour y remédier, il compte utiliser le service social de son Ministère et travailler énergiquement à « l'amélioration des conditions morales et matérielles de la famille et de l'individu, car c'est d'elles, dit-il, que tout dépend ». Excellents et très louables projets. Les visiteuses sociales tâcheront de persuader les familles, non seulement de ne pas s'abstenir de faire des enfants, mais au contraire d'en procréer dans la mesure de leurs ressources, augmentées à la naissance de chaque nouveau rejeton.

Eh bien ! il ne sera pas plus difficile, semble-t-il, aux visiteuses sociales du Ministère de la Santé publique, de mettre les familles en garde contre les dangers de l'hérédité pathologique. M. Henri Sellier qui, au Conseil général de la Seine, a toujours fait preuve d'action ardente et vigoureuse, est l'homme des initiatives les plus hardies. Il est, au surplus, membre, depuis nombre d'années, de la Commission de Surveillance des Asiles publics de la Seine. Il a toujours, d'autre part, déploré l'augmentation croissante des dépenses qu'entraînent les services d'aliénés. N'est-il pas admirablement qualifié pour se faire le champion des réformes dont les pays étrangers ont déjà, et depuis longtemps, donné l'exemple ? Nous contenterons-nous perpétuellement, en France, de nous lamenter, de prononcer des discours, de nous en tenir aux paroles, et de nous arrêter net devant l'acte nécessaire ? M. Henri Sellier a le pouvoir de faire. Nous lui demandons, en vue de mettre un frein à l'accroissement du nombre des aliénés en France, de faire étudier par ses services et de prendre d'urgence les mesures qu'exige la préservation de la race française. Les problèmes de dénatalité et de prophylaxie mentale sont en étroite parenté ! Il sait, comme tous ceux qui ont vécu en rapports fréquents avec les médecins aliénistes, que l'hérédité pathologique est considérée par tous les hommes de science et d'expérience comme un fléau sinon guérissable, mais capable d'atténuations certaines. Il s'agit de faire pénétrer dans les familles, en vue de les inciter à la pratique de l'eugénisme volontaire, les notions de l'hérédité propagatrice des maladies mentales.

Voilà, certes, une suggestion dénuée de tout caractère politique, somme de toute couleur partisane. Aussi bien doit-elle rallier, semble-t-il, tous les hommes de cœur dévoués à la chose publique.

Eugène RAIGA,

Directeur général honoraire de la Préfecture de la Seine.

La prophylaxie de l'enfance anormale en France

En vue d'élaborer un plan tendant à compléter l'armement sanitaire en France au point de vue de l'enfance anormale et déficiente, Mme Suzanne LACORE, *sous-secrétaire d'Etat à la protection de l'enfance*, vient de constituer une commission.

Cette commission, qui est présidée par le professeur Henri VALLON, et qui comprend une dizaine de personnalités spécialement compétentes en matière d'éducation et d'assistance de l'enfance déficiente, a commencé immédiatement ses travaux.

Au cours de la première réunion, qui s'est tenue au ministère de la santé publique, le 20 octobre, en présence de Mme Suzanne LACORE, elle a décidé d'établir en premier lieu une statistique des enfants retardés, arriérés, instables, etc.

Ce dépistage et cette classification, qui constitueront la base des recherches ultérieures, doivent être poursuivis par des médecins spécialisés, en collaboration étroite avec les membres du corps enseignant.

La commission a considéré qu'il ne pouvait être question d'établir, avec une rigueur suffisante, le nombre total des enfants déficients existant en France. Elle a décidé de s'inspirer des méthodes employées avec succès en Angleterre où le dépistage a été effectué dans certaines régions types représentant les différents aspects ruraux et urbains du pays. Un pourcentage moyen a pu ainsi être obtenu qui semble donner une image exacte du nombre des enfants déficients.

Comité de recherches sur la stérilisation.

Désigné en mai 1934 par l'American Neurological Association, sur une dotation de la *Fondation Carnegie*, ce Comité comprenait les docteurs Abr. MYERSON (*Président*), Tracy J. PUTNAM, James B. AYER, Clyde E. KEELER (consultant), Leo ALEXANDER (associé).

Il conclut ses travaux de la façon suivante : le Comité pense, en résumé, pouvoir seulement recommander la stérilisation dans des cas choisis de certaines maladies, avec le consentement du malade ou de ses répondants. Cette *stérilisation sélective* doit être envisagée dans les affections suivantes (dans l'ordre décroissant) :

1° Chorée de Huntington, atrophie optique héréditaire, maladie de Friedreich familiale, et autres affections dégénératives frappant le sujet d'incapacité et reconnues pour être héréditaires.

2° Arriération mentale à caractère familial.

3° Démence précoce (schizophrénie).

4° Psychose maniaque-dépressive.

5° Epilepsie.

Mais le Comité insiste sur le fait que de longues études doivent encore être conduites, sur des plans scientifiques et sociaux très variés, avant d'entreprendre une action systématique en matière de stérilisation. Aucun phénomène social nouveau, malgré l'importance du problème des maladies mentales, n'est de nature à justifier une législation hâtive dans ce sens.

(*Eugenical News*, vol. XXI, p. 33, mars-avril 1936).

La castration volontaire pour les délinquants sexuels en Allemagne

Un décret du Ministre de l'Intérieur et du Ministre de la Justice a été publié, il y a quelque temps, en Allemagne, pour régler la question de la castration volontaire.

Elle s'applique aux hommes qui sont coupables de crimes ou d'actes imputables à des impulsions de dégénérescence sexuelle.

Les personnes visées sont castrées sur leur propre consentement quand l'opinion juridique et médicale admet l'opportunité de cette mesure. Le but de la castration est de libérer les coupables de leurs impulsions sexuelles qui pourraient les conduire à perpétrer de nouveaux crimes ou actes contre nature.

Dans un cas donné, le médecin doit exposer à l'accusé et discuter avec lui la possibilité d'une castration voulue par lui ; il doit lui en faire comprendre les avantages pour lui.

(*Le Siècle Médical*, 15 septembre 1936).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

II^e Congrès International d'Hygiène Mentale (Paris, 19-23 Juillet 1937)*Séances du Congrès*

Le II^e Congrès International d'Hygiène Mentale dont le programme préliminaire a été publié dans le numéro de janvier 1935 des *Annales Médico-psychologiques* se tiendra à Paris, sous la présidence du D^r TOULOUSE, du 19 au 23 juillet 1937.

Il est rappelé que le texte dactylographié des *rapports* (texte accompagné d'un résumé de 15 à 20 lignes en français et en anglais) devra être remis au président du Comité du programme avant le 1^{er} novembre 1936. Les langues suivantes pourront être imprimées dans les publications du Congrès : allemand, anglais, espagnol, français, italien, portugais.

Pour prendre part aux discussions des rapports et pour présenter des communications sur les questions mises à l'ordre du jour du Congrès, il est recommandé de s'inscrire dès maintenant, et le plus tôt possible, auprès du président du Comité du Programme du II^e Congrès International d'Hygiène Mentale : D^r René CHARPENTIER, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Il est accordé 16 pages d'impression à chaque rapporteur, 4 pages d'impression à chaque auteur d'une communication, et 4 pages d'impression à chacun des membres du Congrès ayant pris part à la discussion d'un rapport.

Exposition d'Hygiène Mentale

Il a été projeté d'organiser, à proximité de la salle des séances du Congrès, une *Exposition* de l'histoire, des buts, des moyens, des résultats, des projets, etc., du mouvement international d'hygiène mentale, exposition à laquelle chaque pays pourrait apporter sa documentation propre : plans, statistiques, fiches, etc., dans ses diverses activités relatives à l'hygiène mentale, à la prophylaxie, à l'assistance et à la thérapeutique des maladies mentales.

Les organisations qui désirent prendre part à cette exposition sont priées de s'inscrire auprès de M. le Secrétaire administratif du II^e Congrès International d'Hygiène Mentale (Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris, XIV^e arrondissement).

Réceptions, Visites d'établissements

Pendant et après le Congrès seront organisées des réceptions officielles, des visites d'établissements, de laboratoires, d'œuvres consacrées à l'hygiène mentale et à l'assistance psychiatrique.

Inscriptions au Congrès

Les dons, cotisations, etc., sont reçus dès à présent par M. Robert DEMACHY, trésorier du II^e Congrès International d'Hygiène Mentale, 27, rue de Londres, à Paris.

Une cotisation de 500 francs français est demandée aux *Liges Nationales d'Hygiène Mentale*. La cotisation des *membres adhérents* a été fixée à 125 francs français. La cotisation des *membres associés* est de 75 francs français. Seuls les membres adhérents ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils recevront un exemplaire des rapports et des comptes rendus du Congrès. Pour être membre du Congrès, il faut être agréé par le Bureau. Les docteurs en médecine ne peuvent s'inscrire que comme membres adhérents. Ils peuvent inscrire les membres de leur famille comme membres associés.

Les demandes d'inscription au Congrès peuvent être adressées dès à présent à *M. le Secrétaire administratif du II^e Congrès International d'Hygiène Mentale* (Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris, XIV^e arrondissement).

Les membres adhérents régulièrement inscrits recevront un exemplaire de chacun des rapports dès leur publication.

✽

Comité de Coopération du Mexique

Sous les auspices de l'Ecole du Service d'Hygiène Mentale de Mexico, ressortissant au Ministère de l'Instruction publique, un *Comité National de Coopération au Deuxième Congrès International d'Hygiène Mentale* a été constitué pour apporter à ce Congrès la coopération et une délégation aussi grandes qu'il est possible.

Figurent parmi les *membres d'honneur* : M. Lic. GONZALO VAZQUEZ VELA, *Ministre de l'Instruction publique* ; M. Ing. and. Gral. EDUARDO HAY, *Ministre des Affaires Etrangères* ; D^r and Gral. JOSÉ SIUROB, *Chef du Département de la Santé publique* ; D^r ENRIQUE HERNANDEZ ALVAREZ, *Président du Public Welfare* ; Mme le D^r MATILDE RODRIGUEZ CABO, *Chef du Bureau de Prophylaxie Sociale*.

Les *Secrétaires* de ce Comité sont le D^r SAMUEL RAMÍREZ MORENO, *vice-président d'honneur du Comité International d'Hygiène Mentale*, et le D^r FERNANDO ROSALES, *Directeur de l'Ecole du Service d'Hygiène Mentale*.

UNIVERSITÉ DE BRUXELLES

Faculté de Médecine

M. le Professeur Aug. LEY, *Inspecteur général des Etablissements pour malades mentaux*, est nommé *Président* de la Faculté de Médecine de l'Université de Bruxelles.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 52.946

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVERIES D'UN VISIONNAIRE

(« *Träume eines Geistersehers* »)

PAR

IMMANUEL KANT (*suite*)

NOUVELLE TRADUCTION FRANÇAISE

Par WALTHER RIESE et ANDRÉ REQUET

Seconde partie qui est historique

PREMIER CHAPITRE

*Un conte, dont la véracité est recommandée
à la libre recherche du lecteur*

Sit mihi fas audita loqui...

VIRGILE.

La philosophie, dont l'amour-propre fait qu'elle s'expose elle-même à toutes les questions vaines, se voit souvent à l'occasion de certains contes dans l'embarras pénible, lorsqu'elle ne peut pas ou *douter* impunément de quelque chose dans ceux-ci ou ne pas en *croire* quelque chose sans qu'on se moque. Les deux

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Novembre 1936. 36.



inconvenients se trouvent réunis dans une certaine mesure dans les histoires qui circulent sur les esprits, le premier à l'audition de celui qui les affirme, et le second en considération de ceux auxquels on les rapporte. En fait, il n'y a pas de reproche plus amer au philosophe que celui de la crédulité et de l'adhésion à une chimère commune, et comme ceux qui savent paraître sages à bon compte dirigent leur sourire ironique sur tout ce qui rend les ignorants et les sages quasi-égaux parce que c'est inconcevable à tous les deux : ce n'est pas étonnant que les apparitions si souvent prétendues trouvent grande admission, mais publiquement sont ou niées ou dissimulées. On peut en conséquence être sûr que jamais une Académie des Sciences ne mettra ce sujet au concours; non pas que ses membres soient complètement libres de tout assujettissement à leur opinion, mais parce que la règle de la prudence met avec raison des bornes aux questions, que l'indiscrétion et la vaine curiosité posent sans distinction. Et ainsi les contes de ce genre n'auront toujours que des fidèles secrets, mais publiquement seront rejetés par la mode d'incrédulité en cours.

Comme cependant toute cette question ne me semble ni importante, ni suffisamment préparée, pour en décider, je n'ai aucun scrupule d'apporter une nouvelle du genre mentionné et de la livrer avec une indifférence complète au jugement favorable ou défavorable des lecteurs.

Il y a à Stockholm un certain M. Swedenborg qui, sans emploi ni service, vit de sa fortune assez considérable. Toute son occupation consiste en ce que, ainsi qu'il le dit lui-même, il est en relation la plus étroite, déjà depuis plus de vingt ans, avec des esprits et des âmes décédées, puise par leur intermédiaire des nouvelles de l'autre monde et leur en donne par contre de l'actuel, fait de gros volumes sur ses découvertes et voyage parfois à Londres, pour les éditer. Il n'est justement pas réservé avec ses mystères, en parle librement avec tout le monde, semble être complètement convaincu de ce qu'il prétend, sans quelque apparence d'une fraude ou d'une charlatanerie préméditée. De même qu'il est, si on l'en croit lui-même, l'archivisionnaire de tous les visionnaires, il est aussi certainement l'archifantasque de tous les fantasques, qu'on le veuille juger d'après la description de ceux qui le connaissent ou d'après ses écrits. Mais cette circonstance ne peut pas retenir ceux qui sont, par ailleurs, favorables aux influences des esprits, de supposer encore quelque chose de vrai derrière de telles fantaisies. Comme cependant le crédit de tous les plénipotentiaires de l'autre monde consiste dans les preuves qu'ils fournissent de leur profession extraordinaire par certaines

épreuves dans le monde présent, je suis obligé, du moins, de citer de ce qui circule pour accréditer la capacité extraordinaire du dit homme, ce qui trouve encore quelque crédit auprès de la plupart.

Vers la fin de l'année 1761, M. Swedenborg fut appelé auprès d'une princesse dont le grand entendement et la grande intelligence devaient rendre presque impossible d'être trompée dans de tels cas. La cause de cela fut le bruit public causé par les prétendues visions de cet homme. Après quelques questions, qui visaient plutôt à s'amuser de ses chimères qu'à entendre de véritables nouvelles de l'autre monde, la princesse le congédia, en lui donnant auparavant une mission secrète, qui relevait de sa communauté avec les esprits. Après quelques jours, M. Swedenborg se présenta avec la réponse, qui était de telle sorte, qu'elle mit la princesse, d'après son propre aveu, dans le plus grand étonnement, du fait quelle la trouva vraie, et que, cependant, elle ne pouvait lui être communiquée par aucun homme vivant. Cette histoire a été tirée du rapport d'un envoyé à cette cour, qui était alors présent, et communiquée à un autre envoyé étranger à Copenhague, elle est aussi en plein accord avec ce que l'enquête particulière a pu déceler.

Les histoires suivantes n'ont aucune autre garantie que la légende commune, dont la preuve est très épineuse. Mme Marteville, la veuve d'un envoyé hollandais à la cour suédoise, fut sommée par les parents d'un orfèvre de payer ce qui restait pour un service d'argent qui avait été fait. La dame, qui connaissait la régularité des affaires de son mari, était persuadée que cette dette devait être réglée déjà de son vivant ; seulement elle ne trouvait dans les papiers qu'il avait laissés aucune preuve. La femme est particulièrement encline à accorder crédit aux histoires de divination, d'interprétation des rêves et autres histoires bizarres. Elle exposa donc sa demande à M. Swedenborg en le priant, s'il était vrai ce qu'on disait de lui qu'il était en relation avec des âmes décédées, de l'informer de l'autre monde, par son mari décédé, de ce qu'il en était de la demande en question. M. Swedenborg promit de le faire et fit peu de jours après le rapport, qu'il avait reçu le renseignement désiré, que, dans une armoire qu'il indiquait, et qui, d'après son opinion à elle, était complètement vidée, se trouvait encore un casier secret, qui contenait les quittances nécessaires. On chercha tout de suite suivant sa description et on trouva, avec d'autres correspondances hollandaises secrètes, les quittances par lesquelles toutes les demandes faites étaient complètement réglées.

La troisième histoire est d'un tel genre qu'une preuve complète de son exactitude ou de son inexactitude peut être donnée très

facilement. C'était, si je suis bien renseigné, vers la fin de l'année 1759, lorsque M. Swedenborg, venant d'Angleterre, débarqua un après-midi à Gothenburg. Il fut le même soir invité dans une société chez un marchand de l'endroit, et lui donna, après un moment, avec tous les signes de la consternation, la nouvelle que, juste à ce moment, à Stockholm, dans le Södermalm, un incendie effrayant faisait rage. Après quelques heures, pendant lesquelles il s'éloigna de temps en temps, il annonça à la société que le feu était éteint, en même temps à quelle distance il s'était étendu. Déjà le même soir cette nouvelle fantastique se répandit et était colportée le lendemain matin dans toute la ville ; seulement deux jours après en arriva à Gothenburg le compte rendu en concordance complète, comme on dit, avec les visions de Swenborg.

On demandera, probablement, qui est-ce qui a donc pu toujours me pousser à entreprendre une besogne aussi méprisée que l'est de colporter des fables qu'un homme raisonnable a scrupule d'entendre avec patience, même d'en faire le sujet de recherches philosophiques. Mais comme la philosophie, que nous avons fait précéder, était également une fable du *pays de Cocagne* de la métaphysique, je ne vois pas d'inconvénient de les faire entrer en scène, toutes les deux ensemble ; et pourquoi devrait-il aussi être plus glorieux de se laisser tromper par la confiance aveugle dans les arguments apparents de la raison, que par une croyance insouciance à des inventions trompeuses ?

La sottise et l'intelligence ont des frontières si imperceptiblement délimitées qu'on avance difficilement longtemps dans un territoire, sans faire une petite incursion dans l'autre ; mais, en ce qui concerne l'ingénuité, qui se laisse persuader d'accorder quelque chose à maintes affirmations fermes, même à l'encontre de la défense de l'intelligence, elle semble être un reste de la vieille honnêteté qui, évidemment, ne convient pas bien à l'état actuel et donc devient souvent de la sottise, mais n'en doit pas être considérée comme un héritage naturel. Je laisse donc au gré du lecteur d'analyser en ses éléments, dans l'histoire curieuse dont je m'occupe, ce mélange équivoque d'intelligence et de crédulité, et d'évaluer la proportion des deux ingrédients dans ma pensée. Car, comme il ne s'agit dans une telle critique en effet que de bienséance, je me tiens pour suffisamment assuré contre la moquerie, parce que je me trouve tout de même avec cette sottise, si on veut l'appeler ainsi, en très bonne et nombreuse compagnie, ce qui déjà suffit, comme croit Fontenelle, pour au moins ne pas être considéré comme sot. Car il en a été de tout temps ainsi et il en sera toujours de même, que certaines choses

absurdes trouvent crédit même auprès des raisonnables, seulement parce qu'on en parle généralement. En font partie la sympathie, la baguette divinatoire, les pressentiments, l'action de l'imagination des femmes enceintes, les influences des phases de la lune sur des animaux et des végétaux, etc... Est-ce que la population campagnarde n'a pas aussi, avant peu, fait payer aux savants la moquerie qu'ils ont l'habitude de faire sur elle à cause de sa crédulité? Car en entendant beaucoup raconter, des enfants et des femmes amenèrent finalement un grand nombre d'hommes sensés à prendre un loup vulgaire pour une hyène, bien qu'aujourd'hui tout homme raisonnable reconnaît facilement que dans les forêts de France il ne circule évidemment pas d'animaux de proie africains. La faiblesse de l'intelligence humaine jointe à sa curiosité fait qu'on ramasse tout d'abord le vrai et le faux sans distinction. Mais peu à peu les notions s'éclaircissent, une petite partie reste, le reste est rejeté comme ordure.

A celui auquel ces histoires d'esprits semblent être une chose d'importance, il peut toujours, au cas où il a assez d'argent et rien de mieux à faire, tenter un voyage pour une information plus précise, ainsi qu'Artemidor parcourut l'Asie Mineure pour le plus grand bien de l'interprétation des rêves. Aussi la postérité de pareille façon de penser lui aura beaucoup de gré, d'avoir empêché qu'un autre Philostrate n'apparaisse un jour, qui après de nombreuses années ferait de notre Swedenborg un nouvel Apollon de Tyane, quand la tradition orale sera devenue une preuve formelle, et que l'interrogatoire fâcheux, bien que hautement utile des témoins oculaires, sera devenu impossible.

DEUXIÈME CHAPITRE

Voyage extatique d'un enthousiaste à travers le monde des esprits

Somnia, terrores magicos, miracula, sagas,
Nocturnos lemures, por tentaques Thessala.

HORATIUS.

Je ne peux en aucune façon en vouloir au lecteur prudent, si dans le courant de cet écrit se levait en lui quelque scrupule sur la méthode, que l'auteur a trouvé bonne de suivre. Car, comme j'ai mis la partie dogmatique avant l'historique et donc les arguments de la raison avant l'expérience, je donnais des motifs de soupçon, comme si j'agissais par ruse, et comme j'aurais eu peut-être déjà auparavant l'histoire dans la tête, j'aurais fait seulement semblant, comme si je ne savais rien, que des consi-

dérations pures, délimitées, afin de pouvoir surprendre finalement le lecteur, qui ne se préoccupe de rien de semblable, par une affirmation agréable, tirée de l'expérience. Et c'est en effet un artifice dont les philosophes se sont servis souvent d'une façon très heureuse. Car il faut savoir que toute connaissance a deux extrémités, par lesquelles on peut la saisir, l'une *a priori*, l'autre *a posteriori*. Il est vrai que certains naturalistes des derniers temps ont prétendu qu'il fallait commencer par la dernière, et croient attraper l'anguille de la science par la queue, en s'assurant de connaissances empiriques suffisantes et en s'élevant ensuite aux notions générales et plus hautes. Seulement, bien que cela ne soit peut-être pas agir à la vérité d'une façon déraisonnable : ce n'est cependant de loin pas assez savant et philosophique, car on arrive de cette façon à un *pourquoi*, auquel aucune réponse ne peut être donnée, ce qui fait justement autant d'honneur à un philosophe qu'à un commerçant, qui demande poliment, au moment de l'échéance, de se présenter une autre fois. C'est pourquoi des hommes judicieux, pour éviter cet inconvénient, ont commencé par la limite extrême opposée, à savoir par le point le plus élevé de la métaphysique. Mais là se trouve une nouvelle difficulté, à savoir que l'on commence, je ne sais où, et arrive, je ne sais où, et que le développement des raisons ne veut pas rejoindre l'expérience, où qu'il semble, que les atomes d'Epicure, après être toujours tombés de toute éternité, devraient se heurter ensemble une fois par hasard, pour former un monde, plutôt que les idées les plus générales et les plus abstraites pour l'expliquer. Donc, comme le philosophe voyait bien que ses raisons d'une part et l'expérience réelle ou le conte d'autre part iraient, l'une à côté de l'autre comme deux parallèles à l'infini, sans jamais se rencontrer, il s'est mis d'accord avec les autres, comme s'ils s'étaient entendus à ce sujet, de prendre chacun le point de départ à son gré et ensuite de guider la raison, non dans la ligne droite de la conclusion, mais avec un *clinamen* imperceptible des raisons, de telle façon qu'ils voyaient à la dérobée l'aboutissement de certaines expériences ou de certains témoignages, de telle façon qu'elle devait justement toucher là où l'élève naïf ne l'avait pas pressentie, à savoir de prouver ce dont on savait déjà d'avance que ça devait être prouvé. Ils appelaient alors ce chemin le chemin *a priori*, bien qu'il fût tracé subrepticement par des jalons au point *a posteriori* ; celui, bien entendu, qui comprend l'artifice, ne doit pas trahir le maître. Suivant cette doctrine ingénieuse, certains hommes de mérite ont surpris même des mystères de la religion par le seul moyen de la raison, ainsi que des

romanciers font fuir l'héroïne de l'histoire dans les pays lointains afin qu'elle rencontre, par hasard, son amant dans une aventure heureuse ; *et fugit ad salices et se cupit ante videri. Virg.* Je n'aurais donc pas de raison d'avoir honte avec des précurseurs tellement prisés, si j'avais utilisé vraiment le même artifice, pour procurer à mon ouvrage un résultat désiré. Mais je supplie le lecteur de ne rien croire de pareil de moi. A quoi cela me servirait maintenant, comme je ne peux plus tromper personne, après avoir déjà divulgué le secret ? De plus, j'ai le malheur que le témoignage que je rencontre, et qui est extrêmement semblable à ma conception philosophique, paraît désespérément mal formé et bête, de telle sorte que je suis obligé de présumer que le lecteur tiendra mes raisons pour absurdes à cause de leur parenté avec de tels accords plutôt que de tenir celle-là pour raisonnable à cause de ceux-ci. Je dis donc sans détour que, en ce qui concerne de telles insinuant comparaisons, je ne comprends pas la plaisanterie, et je déclare bel et bien que, ou bien on doit supposer dans les ouvrages de Swedenborg plus de prudence et de vérité qu'au premier aspect, ou que ce n'est que par hasard, s'il concorde avec mon système, ainsi que parfois des poètes, dans l'inspiration, prophétisent, comme on croit, ou du moins comme ils le disent eux-mêmes, lorsque ça et là ils rencontrent le succès.

J'arrive à mon but, savoir les ouvrages de mon héros. Si quelques écrivains maintenant oubliés, ou autrefois inconnus, n'ont pas un petit mérite de n'avoir pas dans l'élaboration de gros ouvrages regardé à la dépense de leur intelligence, le plus grand honneur revient entre tous, sans doute, à M. Swedenborg. Car certes, sa bouteille dans le monde lunaire est pleine et ne cède à aucune de celles qu'Arioste a vues là-bas, remplies de la raison perdue ici, et que leurs possesseurs devront rechercher à l'avenir, tant est complètement vide le grand ouvrage de chaque goutte d'elle. Néanmoins, il s'y trouve un accord si merveilleux avec ce que la plus fine élucubration de la raison peut produire sur un tel sujet, que le lecteur me pardonnera si j'y trouve cette étrangeté des jeux de l'imagination que tant d'autres auteurs ont rencontrée dans les jeux de la nature, lorsqu'ils découvrent, par exemple dans le marbre tacheté, la sainte famille, ou dans les formes des stalactites, des moines, des fonts baptismaux et des ergues, ou même comme l'ironiste Liscow, sur une vitre gelée, le chiffre du zodiaque et la triple couronne ; rien que des choses, que personne autrement ne voit, sauf celui dont la tête en est déjà remplie d'avance.

Le grand ouvrage de cet écrivain contient huit volumes in-

quarto pleins d'absurdités, qu'il soumet au monde sous le titre : *Arcana coelestia*, comme une nouvelle révélation, et où ses apparitions sont appliquées souvent à la découverte du sens secret dans les deux premiers livres de Moïse et à une façon d'expliquer, semblable, de toute la sainte Ecriture. Toutes ces interprétations enthousiastes ne me regardent pas ici ; mais on peut, si on veut, en chercher quelques exemples dans le premier volume de la Bibliothèque théologique du Docteur Ernst. Seulement les *audita et visa*, c'est-à-dire ce que ses propres yeux prétendent avoir vu et ses propres oreilles avoient entendu, sont tout ce que nous prendrons principalement des appendices de ses chapitres, parce qu'ils sont à la base de toutes les autres rêveries et entrent aussi à peu près dans le cadre de l'aventure que nous avons osée ci-dessus sur le vaisseau aérien de la métaphysique. Le style de l'auteur est plat. Ses histoires et leur composition semblent être nées en effet d'une *intuition fanatique* et laissent peu de soupçon, que des chimères spéculatives d'une raison rêvassant faussement ne devaient l'avoir déterminé à les inventer et à en faire une tromperie. Ils ont ainsi d'autant plus quelque valeur et méritent vraiment d'être présentés dans un petit extrait, peut-être plus, que tant de futilités de raisonneurs écervelés qui remplissent nos journaux, parce qu'une illusion cohérente des sens est un phénomène bien plus remarquable qu'une duperie de la raison, dont les motifs sont suffisamment connus, et qui pourrait être évitée en grande partie par une orientation volontaire de l'esprit et par un peu plus de réfrénement d'une curiosité vide, tandis que celle-là concerne la base fondamentale de tous les jugements, contre laquelle, si elle est fausse, les règles de la logique ont peu de puissance ! Je sépare donc chez notre auteur le *délire* de la *folie raisonnante* et je me passe de tout ce qu'il invente d'une façon erronée, en ne s'arrêtant pas à ses *visions*, de même qu'on doit souvent d'ailleurs séparer chez un philosophe, ce qu'il *observe* de ce qu'il *invente*, et même les *pseudo-expériences* sont souvent plus instructives que les *pseudo-raisons*. En privant donc le lecteur de quelques-uns de ces moments, qu'il aurait peut-être consacrés d'ailleurs avec pas beaucoup plus de fruit à la lecture d'ouvrages *plus profonds* sur le même sujet, je ménage en même temps la finesse de son goût, étant donné qu'en supprimant nombre de chimères burlesques, je réduis la quintessence du livre à quelques gouttes, ce pourquoi je me promets de sa part autant de reconnaissance qu'un certain malade croyait être redevable aux médecins parce qu'ils ne lui faisaient prendre que de l'écorce de quinquina, alors qu'ils auraient pu l'obliger facilement à consommer l'arbre entier.

M. Swedenborg classe ses visions en trois genres, dont le *premier* est d'être libéré du corps : un état intermédiaire entre le sommeil et l'état de veille dans lequel il a vu, entendu, même senti des esprits. De telles choses ne lui sont arrivées que trois ou quatre fois. Le *second* est d'être enlevé par l'esprit, alors qu'il se promène dans la rue par exemple, sans s'égarer, cependant qu'il est en imagination dans de toutes autres régions et qu'il voit nettement ailleurs des maisons, des êtres humains, des forêts, etc..., et cela bien pendant plusieurs heures, jusqu'à ce qu'il se voit tout à coup de nouveau à l'endroit réel. Cela lui est arrivé deux à trois fois. Le *troisième* genre de visions est l'habituel, qu'il a journellement en plein état de veille, et dont ses contes sont aussi principalement tirés.

Selon son avis, les êtres humains sont en relation également étroite avec le monde des esprits ; seulement ils ne le sentent pas, et la différence entre lui et les autres ne consiste que dans le fait *que son intérieur est ouvert*, un don qu'il mentionne toujours avec dévotion (*datum mihi est ex divina Domini misericordia*). On voit de l'ensemble, que ce don doit consister dans le fait de prendre conscience des représentations obscures, que l'âme reçoit par son rapport continu avec le monde des esprits. Il distingue donc la mémoire extérieure et intérieure de l'homme. Celle-là il l'a en tant que personne qui appartient au monde visible, mais celle-ci, grâce à son rapport avec le monde des esprits. Là-dessus se base aussi la différence de l'homme extérieur et intérieur, et son avantage propre consiste en ce qu'il se voit déjà dans cette vie comme une personne dans la société des esprits et qu'il est aussi reconnu par eux comme tel. Dans cette mémoire intérieure, tout est conservé de ce qui avait disparu de la mémoire extérieure, et rien de toutes les représentations de l'homme ne se perd jamais. Après la mort le souvenir de tout ce qui est entré jamais dans son âme et était resté caché à lui-même est le livre complet de sa vie.

La présence des esprits ne concerne en vérité que son sens intérieur. Mais cela lui provoque l'apparence de ceux-ci comme hors de lui et sous un aspect humain. Le langage des esprits est une communication immédiate des idées, mais il est toujours lié à l'apparence du langage qu'il parle d'habitude, et est représenté comme hors de lui. Un esprit lit dans la mémoire d'un autre esprit les représentations que celui-ci y renferme avec clarté. Ainsi les esprits voient en Swedenborg ses représentations, qu'il a de ce monde, avec une intuition si claire, qu'ils se trompent eux-mêmes à cette occasion et s'imaginent souvent qu'ils voient les choses immédiatement, ce qui est cependant impossible, car

aucun esprit pur n'a la moindre sensation du monde physique ; mais par la communauté avec d'autres âmes d'hommes vivants ils ne peuvent en avoir aussi aucune représentation, parce que leur intérieur n'est pas ouvert, c'est-à-dire que leur sens intérieur renferme des représentations tout à fait obscures. Swedenborg est donc le véritable oracle des esprits, qui sont aussi curieux de contempler en lui l'état actuel du monde, qu'il l'est d'apercevoir dans leur mémoire comme dans un miroir les miracles du monde des esprits. Bien que ces esprits soient également dans le rapport le plus étroit avec toutes les autres âmes d'hommes vivants et agissent en elles ou en sont impressionnées, ils ne le savent pas davantage, que ne le savent les hommes, parce que leur sens intérieur, qui appartient à leur personnalité spirituelle, est tout à fait obscur. Les esprits pensent donc : que ce qui a agi en eux sous l'influence des âmes humaines est seulement pensé par eux, ainsi que les hommes dans cette vie ne pensent pas autre chose, que toutes leurs pensées et leurs tendances proviennent d'eux-mêmes, bien que en fait elles viennent souvent en eux du monde invisible. Cependant chaque âme humaine a déjà dans cette vie sa place dans le monde des esprits et appartient à une certaine société, qui est toujours conforme à son état interne du vrai et du bien, c'est-à-dire de l'entendement et de la volonté. Mais les situations des esprits entre eux n'ont rien de commun avec l'espace du monde corporel ; c'est pourquoi, en ce qui concerne les situations spirituelles, l'âme d'un homme aux Indes peut être souvent la voisine la plus proche de celle d'un autre en Europe et par contre celles qui habitent, en ce qui concerne le corps, dans la même maison, peuvent être sous le rapport spirituel assez éloignées l'une de l'autre. Si l'homme meurt, l'âme ne change pas de place, mais elle ne se sent que dans celle dans laquelle elle était dans cette vie par rapport à d'autres esprits. D'ailleurs, bien que le rapport des esprits entre eux ne soit pas un véritable espace, ce rapport en a pourtant l'apparence et leurs relations sont représentées sous la condition concomitante des proximités, mais leurs différences comme distances, de même que les esprits eux-mêmes ne sont en réalité pas étendus, mais se donnent réciproquement l'apparence d'une forme humaine. Dans cet espace imaginaire, il y a une communauté ininterrompue des natures spirituelles. Swedenborg parle avec des âmes décédées, si bon lui semble, lit dans leur mémoire (force représentative) l'état dans lequel elles se contemplent elles-mêmes et voient celui-ci aussi clairement qu'avec des yeux corporels. De même la distance immense des habitants raisonnables du monde n'est pour rien par rapport au

tout cosmique spirituel, et il lui est aussi facile de parler avec un habitant de Saturne que de parler avec une âme humaine décédée. Ce qui importe surtout c'est le rapport de l'être interne et la relation qu'ils ont entre eux suivant leur concordance dans le *vrai* et dans le *bien* ; mais les esprits plus éloignés peuvent facilement entrer en communication par intermédiaire d'autres esprits. En conséquence l'homme n'a pas besoin d'avoir habité réellement les autres mondes pour les connaître un jour avec toutes leurs merveilles. Son âme lit dans la mémoire d'autres habitants cosmiques décédés leurs représentations que ceux-ci ont de leur vie et de leur demeure et y voit les objets aussi bien que par une intuition immédiate.

Une notion cardinale dans la fantaisie de Swedenborg est celle-ci : les êtres corporels n'ont pas d'existence propre, mais n'existent que par le monde des esprits, bien que chaque corps n'existe pas par un seul esprit, mais par tous ensemble. En conséquence la connaissance des choses matérielles a une double signification, un sens extérieur de la matière par rapport à la matière et un sens intérieur, en tant qu'elles désignent comme effets les forces du monde des esprits, qui sont leurs causes. Ainsi le corps de l'homme présente un rapport de parties entre elles suivant les lois matérielles ; mais pour autant qu'il est conservé par l'esprit qui vit en lui, ses différents membres et leurs fonctions ont une valeur significative pour ces forces spirituelles, grâce auxquelles ils ont leur forme, activité et persistance. Ce sens intérieur est inconnu aux hommes, et Swedenborg, dont l'intérieur est ouvert, a voulu le faire connaître aux humains. Il en est de même avec toutes les autres choses du monde visible, elles ont, comme on dit, une signification comme choses, ce qui est peu, et une autre comme signe, ce qui est plus. C'est aussi l'origine des nouvelles interprétations qu'il a voulu faire de l'écriture. Car le sens intérieur, savoir le rapport symbolique entre toutes les choses qui y sont racontées et le monde des esprits est, comme il s'enthousiasme, le noyau de sa valeur, le reste n'est que l'écorce. Mais ce qui est important dans ce rapport symbolique des choses corporelles comme images avec l'état intérieur spirituel, consiste en ceci : tous les esprits se représentent les uns les autres toujours sous l'apparence de formes étendues, et les influences réciproques de tous ces êtres spirituels leur provoquent en même temps l'apparence d'autres êtres étendus et pour ainsi dire d'un monde matériel, dont les images ne sont seulement que les symboles de son état interne, mais causent cependant une illusion si nette et si durable des sens qu'elle est équivalente à la sensation réelle de tels objets.

(Un interprète futur en conclura que Swedenborg est un idéaliste, parce qu'il refuse à la matière de ce monde l'existence propre et par conséquent ne la considère peut-être que comme un phénomène cohérent qui naît du rapport du monde des esprits). Il parle donc de jardins, de régions étendues, de domiciles, de galeries et d'arcades des esprits, qu'il voit de ses propres yeux dans la clarté la plus lumineuse et affirme : que, comme il a parlé à plusieurs reprises avec tous ses amis après leur mort, il a presque toujours constaté sur ceux qui n'étaient morts que récemment, qu'ils n'auraient presque pas pu se convaincre d'être morts, parce qu'ils voyaient un monde pareil autour d'eux ; de même, que des Sociétés d'esprits du même état interne auraient la même apparence de la région et des autres choses qui s'y trouveraient, mais la modification de leur état serait associée à l'apparence de la modification du lieu. Parce qu'en tout temps, lorsque les esprits communiquent aux âmes humaines leurs pensées, celles-ci sont associées à l'apparence de choses matérielles qui, au fond, ne se présentent à celui qui les reçoit que par un rapport avec le sens spirituel, cependant avec toute l'apparence de la réalité, on en déduit le stockage de formes fantastiques et indiciblement absurdes, que notre enthousiasme croit voir en toute clarté dans sa fréquentation journalière avec les esprits.

J'ai déjà mentionné, que suivant notre auteur, les différentes forces et propriétés de l'âme sont en sympathie avec les organes du corps soumis à leur influence. Tout l'homme externe correspond donc à tout l'homme interne, et si par conséquent une influence spirituelle perceptible du monde invisible atteint avec prédilection l'une ou l'autre de ses forces spirituelles, il sent aussi d'une façon harmonique la présence apparente de cette influence aux membres de son être externe, qui leur correspondent. A cela il rapporte une grande diversité de sensations de son corps qui sont liées tout le temps avec l'imagination spirituelle, mais dont l'absurdité est trop grande pour que je puisse oser en citer une seule.

De cela, pour autant qu'on pense que cela vaille la peine, on peut se faire une idée de l'imagination la plus aventureuse et la plus étrange dans laquelle toutes ses rêveries s'accordent. De même que certaines forces et capacités constituent cette unité qui est l'âme ou l'homme interne, certains esprits (dont les caractères fondamentaux se rapportent les uns aux autres de la même façon que les diverses capacités d'un esprit entre elles) constituent une société qui montre l'apparence d'un grand homme ; dans ce fantôme chaque esprit se voit au lieu et aux membres apparents qui sont conformes à sa fonction particulière dans un

tel corps spirituel. Mais toutes les sociétés d'esprits ensemble et le monde entier de tous ces êtres invisibles apparaissent enfin à leur tour dans l'apparence du *plus grand homme*. Une fantaisie formidable et immense jusqu'à laquelle s'est enflée peut-être une vieille idée enfantine quand, par exemple, dans les écoles, pour venir en aide à la mémoire, tout un continent est représenté aux élèves sous l'image d'une fille assise, etc... Dans cet homme incommensurable il y a une communauté ininterrompue très intime d'un esprit avec tous et de tous avec un, et quelle que soit la position des êtres vivants les uns par rapport aux autres dans ce monde, et quelle que puisse être leur modification, ils ont cependant dans le plus grand homme un tout autre lieu, qu'ils ne modifient jamais et qui n'est qu'apparemment un lieu de l'espace incommensurable, mais de fait, un mode défini de leurs rapports et influences.

Je suis las d'énumérer les chimères absurdes du plus acharné des fanatiques ou de les continuer jusqu'à ses descriptions de l'être après la mort. J'ai encore aussi d'autres scrupules. Car, bien qu'un naturaliste n'expose pas seulement dans sa vitrine, parmi les préparations de types d'animaux, celles qui ont une forme normale, mais aussi des malformations, il doit néanmoins avoir la prudence de ne pas les faire voir à tout le monde et d'une façon par trop précise. Car il pourrait facilement se trouver parmi les curieux, des personnes enceintes sur lesquelles cela pourrait faire une mauvaise impression. Et comme de même parmi mes lecteurs quelques-uns sous le rapport de la conception spirituelle peuvent être en état de gestation, je serais désolé si ce spectacle devait les avoir épouvantés. Cependant comme dès le début j'ai mis en garde, je ne réponds de rien et j'espère qu'on ne m'imputera pas les monstres qui, à cette occasion, pourraient être conçus de leur imagination féconde.

D'ailleurs, je n'ai substitué aux rêveries de notre auteur aucune des miennes, mais je n'en ai présenté qu'un résumé fidèle au lecteur nonchalant et économe (celui qui ne voudrait pas si facilement sacrifier sept livres à une petite curiosité). Il est vrai que j'ai supprimé la plupart des intuitions immédiates, parce que de telles chimères fantastiques ne feraient que troubler le sommeil du lecteur; de même, le sens confus de ses révélations a été mis ça et là dans une langue un peu abordable, mais la justesse des grandes lignes du *Traité* n'en a pas souffert. Cependant, il est vain de vouloir cacher que finalement tout ce travail n'aboutit à rien parce que cela saute aux yeux de tout le monde, car, comme les prétendues opinions privées du livre ne peuvent pas se prouver elles-mêmes, le motif de s'en occuper ne

pouvait se trouver que dans la présomption que l'auteur, pour les accréditer, en appellerait peut-être à des événements du genre cité ci-dessus qui pourraient être confirmés par des témoins vivants. Mais on n'en trouve nulle part. Et nous nous retirons avec quelque honte d'une tentative stupide avec la remarque raisonnable bien que quelque peu tardive : que la pensée sage est dans la plupart des cas une chose facile, mais malheureusement, seulement après s'être laissé tromper un certain temps.

J'ai traité une matière ingrate, que la demande et l'insistance d'amis curieux et oisifs m'imposaient. En soumettant mon effort à cette insouciance, j'ai trompé en même temps son attente et je n'ai satisfait ni le curieux par des nouveautés, ni le chercheur par des arguments rationnels. Si aucune autre intention n'animait ce travail, j'ai perdu mon temps, j'ai perdu la confiance du lecteur dont j'ai conduit la recherche et la curiosité par un détour ennuyeux au même point d'ignorance d'où il était parti. Mais j'avais en fait un but devant les yeux qui me paraît plus important que celui que je prétendais, et que je crois avoir atteint. La métaphysique, dont je suis amoureux par destinée, bien que je ne puisse que rarement me flatter de ses faveurs, procure deux sortes d'avantages. Le premier est de satisfaire aux problèmes que l'esprit chercheur soulève, s'il guette les mystères des choses avec la raison. Mais ici le résultat ne trompe que trop souvent l'espérance et il a échappé cette fois encore de nos mains avides :

Ter frustra comprehensa manus effugit imago
Par levibus ventis volucrique simillima somno.

VIRG.

L'autre avantage est plus conforme à la nature de l'entendement humain et consiste en ceci : de reconnaître si le problème est délimité par ce qu'on peut savoir et quel est le rapport de la question avec les conceptions empiriques sur lesquelles tous nos jugements doivent toujours s'appuyer. Pour autant la métaphysique est une science des *limites de la raison humaine*, et comme un petit pays a toujours beaucoup de frontières et comme aussi il importe bien plus de bien connaître ses possessions et de les affermir que de partir aveuglément pour de nouvelles conquêtes, cet avantage de la science mentionnée est un des plus inconnus et en même temps des plus importants, comme il est également atteint seulement assez tard et après une longue expérience. A la

vérité je n'ai pas délimité cette frontière ici d'une façon précise, mais cependant indiqué dans la mesure où le lecteur peut trouver par une réflexion prolongée, qu'il peut se dispenser de toute recherche vaine par rapport à la question pour laquelle les *données* se trouvent dans un autre monde que dans celui où il sent. J'ai donc perdu mon temps pour que je le gagne. J'ai trompé mon lecteur pour lui être utile, et si je ne lui offrais aucune nouvelle notion, je détruisais cependant l'erreur et le savoir présomptueux qui gonflent l'entendement et qui, dans un espace étroit, prennent la place que les doctrines de la sagesse et de l'enseignement utile pourraient occuper.

Maintenant l'impatience de celui que les considérations précédentes ont fatigué sans l'instruire, peut être soulagée par ce que Diogène, à ce qu'on dit, promettait à ses lecteurs qui baillaient, lorsqu'il vit la dernière page d'un livre ennuyeux : *courage, Messieurs, je vois la côte*. Nous errions auparavant comme Démocrite dans le vide, où les *ailes de papillon* de la métaphysique nous avaient élevés et où nous nous y entretenions avec des formes spirituelles. Maintenant que le pouvoir *stiptique* de la connaissance de soi-même a resserré les ailes soyeuses, nous nous voyons de nouveau au bas niveau de l'expérience et de l'entendement commun ; heureux si nous le considérons comme la place qui nous revient, que nous ne pouvons jamais quitter sans risque et qui contient aussi tout ce qui peut nous satisfaire, aussi longtemps que nous nous en tenons à l'utile.

TROISIÈME CHAPITRE

Conclusion pratique de tout le traité

De céder à toute curiosité et de n'accorder au besoin de connaître aucune autre limite que l'impuissance est un zèle qui ne va pas mal au *savant*. Mais de choisir parmi d'innombrables problèmes, qui se présentent d'eux-mêmes, ceux dont la solution convient à l'homme, est le mérite du *sage*. Quand la science a parcouru sa sphère elle arrive naturellement au point d'un humble doute et dit, mécontente d'elle-même : *combien y a-t-il donc de choses que je ne pénètre pas !* Mais la raison mûrie par l'expérience, qui devient sagesse, parle par la bouche de Socrate au milieu des marchandises d'une foire d'un cœur gai : *combien de choses y a-t-il dont je n'ai besoin d'aucune !* De cette façon se rejoignent finalement deux tendances de nature si dissemblable en une seule, bien qu'elles soient parties au début vers des direc-

tions très différentes, en ce sens que la première est vaniteuse et mécontente, mais la deuxième équilibré et modeste. Car pour choisir raisonnablement il faut d'abord connaître soi-même le superflu, même l'impossible ; mais finalement la science arrive à la détermination des limites qui lui sont tracées par la nature de la raison humaine ; mais tous les projets vains, qui peut-être peuvent ne pas être indignes en eux-mêmes, encore qu'ils soient hors de la sphère de l'homme, s'écartent vers le *limbus* de la vanité. Alors même la métaphysique devient ce dont elle est encore maintenant assez éloignée et ce auquel on s'attendrait le moins d'elle, la *compagne de la sagesse*. Car, aussi longtemps que l'idée d'une possibilité persiste d'arriver à des notions si éloignées, la *sage simplicité* crie en vain que de si grandes tentatives sont superflues. Le plaisir, qui accompagne l'élargissement du savoir, prendra très facilement l'apparence du devoir et fera de cette modestie préméditée et réfléchie une *sotte simplicité* qui veut s'opposer à l'ennoblissement de notre nature. Les problèmes de la nature spirituelle, de la liberté et de la prédestination, de l'état futur, etc..., mettent en branle au début toutes les forces de l'entendement et entraînent l'homme, par leur merveilleux, dans l'émulation de la spéculation qui, indifféremment, raisonne et décide, enseigne ou réfute, suivant que l'apparence, chaque fois, le comporte. Mais si cette spéculation empiète sur la philosophie qui en juge de son propre procédé, et qui connaît non seulement les objets mais leurs rapports avec l'entendement de l'homme, les limites se rétrécissent et les bornes sont posées qui ne laissent plus jamais vagabonder la spéculation hors de son territoire propre. Nous avons eu besoin de quelque philosophie, pour connaître les difficultés qui entourent une idée, qu'on traite d'habitude comme très commode et banale. Un peu plus de philosophie éloigne cette chimère de la connaissance encore plus et nous persuade qu'elle est complètement en dehors du champ visuel de l'homme. Car, dans les rapports de la cause et de l'effet, de la substance et de l'action, la philosophie sert au début à analyser les phénomènes compliqués et à les réduire à des représentations plus simples. Mais dès qu'on est arrivé finalement aux principes, la tâche de la philosophie est à sa fin, et il est à jamais impossible de comprendre par la raison comment quelque chose peut être une cause ou avoir une force, mais ces rapports doivent exclusivement être tirés de l'expérience. Car la règle de notre raison ne vise que la comparaison selon l'*identité* et la *contradiction*. Mais pour autant que quelque chose est une cause, par ce *quelque* chose est conditionné quelque chose d'au-

tre et il n'y a donc aucun rapport par identité ; de même aussi, si je ne veux pas considérer ce quelque chose comme cause, jamais une contradiction n'apparaît, parce que cela ne se contredit pas, en posant une chose, d'en supprimer une autre. En conséquence, les principes des choses, en tant que cause, ceux des forces et des actions, qui, s'ils ne sont pas tirés de l'expérience, sont tout à fait arbitraires et ne peuvent être ni prouvés ni réfutés. Je sais bien que la pensée et la volonté meuvent mon corps, mais je ne peux jamais réduire ce phénomène de simple expérience en un autre par analyse et je peux donc le connaître, mais jamais le comprendre. Que ma volonté meuve mon bras ne m'est pas plus compréhensible que si quelqu'un disait, qu'elle pourrait retenir aussi la lune dans son orbite ; la différence est seulement celle-ci : que j'apprends cela par expérience, mais que ceci ne s'est jamais présenté à mes sens. Je reconnais en moi des modifications comme dans un sujet qui vit, à savoir des pensées, la volonté, etc..., etc..., et parce que ces constatations sont d'un autre genre que tout ce qui, pris ensemble, constitue ma notion du corps, je m'imagine légitimement un être incorporel et permanent. Que si celui-ci pense aussi sans liaison avec le corps, ne peut jamais être déduit de cette nature connue par expérience. Je suis en association avec mon genre d'être par l'intermédiaire de lois physiques, mais que je sois ou que je serais jamais, aussi par ailleurs suivant d'autres lois que je veux nommer *pneumatiques*, en rapport sans l'intervention de la matière, je ne peux d'aucune façon déduire de ce qui m'est donné. Tous ces jugements, comme ceux de la façon dont mon âme meut le corps ou dont elle est en rapport avec d'autres êtres de son genre à présent ou à l'avenir, ne peuvent jamais être plus qu'invention et à vrai dire de loin jamais de la valeur de celles qu'on appelle hypothèses dans les sciences de la nature, hypothèses où l'on n'invente pas de principes primordiaux, mais où l'on associe ceux qu'on connaît déjà par expérience, que d'une manière appropriée aux phénomènes, et dont la possibilité peut donc être prouvée de tout temps ; par contre, dans le premier cas, même de nouveaux rapports fondamentaux de cause à effet sont admis, dont on ne peut jamais avoir la moindre idée de leur possibilité, et l'on ne fait donc qu'inventer d'une façon créatrice ou chimérique, comme on veut l'appeler. La compréhensibilité de certains phénomènes vrais ou prétendus au moyen de tels principes fondamentaux admis ne leur vient pas en aide. Car on peut facilement donner de tout la raison, si on a le droit d'inventer des actions et des lois de réaction, à son gré. Il nous faut donc attendre

jusqu'à ce que nous soyons peut-être instruits dans le monde futur par de nouvelles expériences et conceptions, des forces encore cachées de notre moi pensant. Ainsi les observations des temps récents, après avoir été interprétées par la mathématique, nous ont révélé la force de l'attraction de la matière, dont on ne pourra jamais reconnaître la possibilité d'une façon plus précise (parce qu'elle semble être un principe fondamental). Ceux qui, sans avoir la preuve empirique entre les mains, auraient voulu d'avance s'imaginer une telle propriété, auraient mérité avec raison qu'on se moque d'eux comme de fous. Comme alors la raison dans de tels cas n'est de la moindre importance ni pour l'invention, ni pour l'affirmation de la possibilité ou de l'impossibilité : on ne peut donc accorder qu'aux expériences le droit de la décision, de même que je m'en remets au temps, qui apporte l'expérience, d'en décider des vertus curatives de l'aimant, prônées dans les maladies des dents, s'il peut présenter autant d'observations que les aimants agissent sur la chair et les os, comme nous savons qu'ils font sur le fer et sur l'acier. Mais si certaines prétendues expériences ne se laissent soumettre à aucune loi de la sensibilité valable pour la plupart des hommes et ne présentent donc qu'une irrégularité des témoignages des sens (comme en effet c'est le cas avec les histoires d'esprits en cours), il est judicieux de s'en débarrasser : parce que le manque d'accord et d'uniformité enlève alors à la notion historique toute force probante et la rend impropre à servir de base à une loi quelconque de l'expérience, sur laquelle l'entendement pourrait juger.

De même qu'on apprend d'une part à connaître par une recherche un peu profonde que la notion convaincante et philosophique est *impossible* dans le cas dont nous parlons, on sera obligé d'avouer, en étant d'esprit calme et sans préjugés, que l'on peut s'en passer et qu'elle est *inutile*. La vanité de la science excuse volontiers sa besogne avec le prétexte de l'importance et l'on prétend ici, ainsi, communément aussi, que l'idée rationnelle de la nature spirituelle de l'âme serait indispensable à la conviction de l'existence après la mort, mais que celle-ci serait pour motiver une existence vertueuse ; mais la curiosité oisive ajoute que la véracité des apparitions d'âmes décédées peut même fournir de tout cela une preuve empirique. Mais la vraie sagesse est la compagne de la simplicité, et comme chez elle le cœur règle l'entendement, elle rend d'habitude les grands appareils de la science superflus et ses buts n'exigent pas de tels moyens, qui ne peuvent jamais être à la disposition de tous.

Quoi ? Est-ce qu'il est bien d'être vertueux parce qu'il y a un autre monde, ou est-ce que les actions ne seront pas plutôt un jour récompensées parce qu'elles étaient bonnes et vertueuses en soi ? Le cœur humain ne contient-il pas des préceptes moraux immédiats, et est-on obligé, pour l'actionner ici suivant sa condition, de fixer à tous prix des mobiles à l'autre monde ? Peut-il être appelé honnête, peut-il être appelé vertueux celui qui s'adonnerait à ses vices préférés, si seulement aucune punition future ne l'effrayait et ne sera-t-on pas plutôt obligé de dire qu'il évite sans doute la réalisation de la méchanceté mais qu'il nourrit dans son âme le sentiment du vice, qu'il aime l'avantage des actes apparemment vertueux, mais qu'il hait la vertu même ? Et en fait l'expérience apprend aussi : que nombre de ceux qui sont instruits et persuadés de l'existence du monde futur, cependant adonnés aux vices et à la bassesse, ne pensent qu'au moyen d'éviter avec ruse les conséquences menaçantes de l'avenir ; mais jamais une âme honnête n'a vécu, qui aurait pu supporter l'idée que tout serait fini avec la mort et dont le noble sentiment ne se serait pas élevé vers l'espérance de l'avenir. En conséquence il semble plus conforme à la nature humaine et à la propriété des mœurs de fonder l'attente du monde futur sur les sentiments d'une âme honnête, qu'inversement sa bonne conduite sur l'espoir d'un autre monde. Il en est ainsi de la *foi morale*, dont la simplicité peut se passer de maintes arguties raisonnantes, et qui est exclusivement conforme à l'homme dans chaque état en le conduisant sans détour vers ses véritables buts. Laissons donc toutes doctrines bruyantes de sujets si lointains à la spéculation et au souci d'esprit oisif. Elles nous sont en fait indifférentes et l'apparence momentanée des raisons pour ou contre peut être décidée de l'approbation des écoles mais difficilement de quoi que ce soit du sort futur des honnêtes gens. La raison humaine n'était pas suffisamment ailée pour écarter des nuages si hauts, qui dérobent à nos regards les mystères de l'autre monde, et aux curieux qui s'en informent si instamment, on peut donner le renseignement simple mais très naturel : que le plus judicieux serait *de bien vouloir patienter jusqu'à ce qu'ils y viennent*. Mais comme il importe beaucoup vraisemblablement pour notre sort dans le monde futur, comment nous avons administré notre poste dans le monde actuel, je termine avec ce que Voltaire fait dire à son honnête Candide, en conclusion, après tant de polémiques inutiles : *Occupons-nous de notre bonheur, allons au jardin et travaillons*.

CONTRIBUTION
A L'ETUDE DE LA POLYPEPTIDÉMIE
EN CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

PAR

ARTUR, BOUCHER et COULONJOU

Au moment où nous avons commencé à faire des dosages de polypeptides dans les humeurs de nos malades nerveux ou mentaux, l'intérêt qu'on portait à de telles recherches était récent. Un certain nombre d'auteurs se sont, depuis, attachés à cette question. Avant d'apporter notre propre contribution, donnons donc d'abord un raccourci des travaux principaux parus dans ce domaine.

Les polypeptides sont un produit de la désintégration des substances albuminoïdes et prennent place à un échelon inférieur de cette désintégration, entre les peptones et les acides aminés. Elles peuvent provenir de la digestion protéique mais ont aussi une origine tissulaire par transformation des albumines cellulaires. Or ce sont des produits toxiques dont l'organisme supporte mal des doses élevées dans le sang circulant, ce qui a fait créer le terme de *polypeptidotoxie*. Comme de tous les produits indésirables, le rein est chargé de l'élimination des polypeptides, le foie de leur transformation. La poly-peptidémie s'élèvera donc soit par suite de la déficience de l'un de ces deux organes, soit par suite de l'apport massif de polypeptides d'origine tissulaire. Ce dernier cas a été observé par Pierre Duval, J.-Ch Roux et Goiffon (1) chez de nombreux opérés, et ces auteurs n'hésitent pas à expliquer le shock opératoire ainsi que les phénomènes toxiques des brûlures par une intoxication due aux polypepti-

(1) P. DUVAL, J.-Ch. ROUX et GOIFFON. — Essai sur l'intoxication par les polypeptides. *Presse Médicale*, 14 novembre 1934.

des. Massimo Salmon a donné par la suite une confirmation de ces constatations (1).

On distingue donc avec Noël Fiessinger (2) :

une hyperpolypeptidémie de production ou polypeptidotoxie tissulaire ;

une hyperpolypeptidémie de sortie ou polypeptidotoxie rénale ;

une hyperpolypeptidémie d'épuration ou polypeptidotoxie hépatique.

Le rein est très lent à éliminer ces produits toxiques. Dès 1926, Christol et Puech, de Montpellier, ont montré que l'indice pronostique de l'hyperpolypeptidémie avait plus de valeur chez les rénaux que n'en a l'azotémie. Mais le rapport : $\frac{\text{azote total non protéique}}{\text{azote polypeptidique}}$ appelé indice de désamination (I.D.)

ou encore insuffisance de clivage (I.C.) est peu modifié chez ces malades, puisqu'il existe une hyperazotémie.

Par contre le foie devant, pour bien jouer son rôle d'épuration, transformer les polypeptides en urée, l'hyperpolypeptidémie par insuffisance hépatique se fera aux dépens de l'azotémie, et dès lors on aura une augmentation de l'indice de désamination, qui fait ainsi la part de ce qui revient au foie (3).

L'élévation du taux des polypeptides a été rencontré aussi dans le liquide céphalo-rachidien. Dans des insuffisances hépatiques graves, M. Fiessinger, Michaux et Herbain ont montré que les polypeptides peuvent passer du sang dans le liquide céphalo-rachidien et créer un syndrome de « polypeptidotoxie cérébro-méningée » avec confusion mentale et symptômes ressemblant à l'intoxication urémique. H. Claude, H. Baruk et H.-R. Olivier (4) ont trouvé, sept fois sur neuf, une élévation de l'indice de clivage dans le liquide céphalo-rachidien de malades atteints de sommeil cataleptique ou de stupeur catatonique, cette modification étant fréquemment liée à une insuffisance hépatique.

Dans des psychoses alcooliques et lorsque l'état confusionnel est intense, H. Claude, P. Masquin, J. Dublineau et Mlle Bon-

(1) Massimo SALMON. — Hyperpolypeptidémie post-opératoire. *Rivista di Clinica Medica*, 1935-36, 365.

(2) Noël FIESSINGER. — L'intoxication par les polypeptides. *Presse Médicale*, 14 novembre 1934.

(3) Noël FIESSINGER. — L'intoxication par les polypeptides. *Presse Médicale*, 14 novembre 1934.

(4) H. CLAUDE et H.-R. OLIVIER. — Polypeptidorachie et insuffisance hépatique dans le sommeil cataleptique et dans la stupeur catatonique. *C.R. Société Biologique*, t. CX, p. 1275, 1932.

nard (1) ont trouvé aussi une polypeptidorachie et un indice de clivage augmentés. Mais ces auteurs ont trouvé par ailleurs des peptorachies sans peptidémie. De sorte qu'ils sont d'accord pour admettre que, s'il paraît bien y avoir parfois une polypeptidorachie d'origine sanguine dans certaines insuffisances hépatiques graves, il existe vraisemblablement aussi une source neurologique de polypeptides par altération cérébro-méningée, une formation *in situ* de polypeptides rachidiens comme il en a été publié dans un cas de ramollissement cérébral avec aphasie, dans des résorptions de certaines collections hémorragiques. Claude, Masquin, Dublineau et Mlle Bonnard (*Loc. cit.*) disaient des rapports entre les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien : « Le fait qu'il peut exister des peptorachies sans peptidémie confirme, nous semble-t-il, la notion de l'origine locale dans les psychoses alcooliques, aiguës ou subaiguës d'une partie au moins des polypeptides en cause. Ainsi la question de la polypeptidorachie s'intègre à celle, plus générale, des troubles du métabolisme azoté dans les lésions primitives, cliniques ou expérimentales, de l'encéphale. Cette question justifie la recherche systématique de la polypeptidorachie dans d'autres maladies mentales. »

Et la clinique mentale étant pauvre en témoins biologiques, différents auteurs se sont mis par la suite à faire ces dosages systématiques des polypeptides, non seulement dans le liquide céphalo-rachidien mais aussi dans le sang de leurs malades. C'est ainsi que Th. Simon, J.-Ch. Roux et R. Goiffon (2) ont remarqué que les doses de polypeptides trouvées dans le sang des aliénés sont bien plus élevées que celles trouvées chez des sujets normaux ou des malades chirurgicaux (avant opération). Les aliénés, qui, dans leur statistique, fournissaient les plus hautes doses, étaient surtout les mélancoliques, les états d'excitation, les paralytiques généraux. Les déments précoces, les alcooliques, s'écartaient faiblement de la normale. Ils ont noté de plus que le taux des polypeptides s'abaissait lorsque la maladie évoluait favorablement.

Enfin, de leurs recherches des polypeptides dans le liquide céphalo-rachidien, ils concluent qu'il n'y a « aucune relation constante entre la teneur des polypeptides du liquide céphalo-rachidien et la teneur en polypeptides du sérum ».

(1) H. CLAUDE, P. MASQUIN, J. DUBLINEAU et Mlle BONNARD. — Recherches sur les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans quelques psychoses alcooliques. *Presse Médicale*, 3 décembre 1932.

(2) *Société de Biologie*, 17 juin 1935, *Société Médico-Psychologique*, 24 juin 1935.

Plus récemment, MM. Tomesco, N. Gruia Ionesco et P. Constantinesco (1) ont apporté le résultat de leurs dosages de polypeptides, uniquement dans le sang chez des malades mentaux de leur clinique psychiatrique de Bucarest. Leur statistique est intéressante parce qu'ils ont eu le soin de mettre à part, parmi les cas d'hyperpeptidémie qu'ils ont trouvés, tous ceux qui peuvent être expliqués par une cause « extra nerveuse » (insuffisance rénale ou hépatique, malariathérapie, pyréthothérapie par le lait). Cela leur permet de ne prendre en considération que 50 0/0 des cas environ, il ne leur reste plus ainsi que 20,4 0/0 d'hyperpolypeptidémies pour ainsi dire essentielles. Et de toutes façons, même en faisant entrer en ligne de compte les polypeptidémies explicables, ils n'arrivent qu'à un total de 39,7 0/0, alors que Simon, Roux et Goiffon atteignaient la proportion de 77,4 0/0. Leur statistique diffère enfin de celle de ces derniers auteurs en ce que les taux les plus élevés ont été rencontrés dans : la schizophrénie, la manie, la confusion mentale et l'épilepsie.

Il est difficile, on le voit, de se faire actuellement une opinion sur les rapports des maladies mentales avec les modifications du taux des polypeptides dans les humeurs des malades.

Si le pouvoir toxique des polypeptides est indiscutable, s'il n'est pas moins certain que dans nombre de cas d'augmentation de ces polypeptides on peut leur assigner une cause tissulaire ou viscérale, il paraît difficile pour le moment de trouver dans tous les cas une cause à cette augmentation et surtout de lui accorder une valeur sémiologique en clinique psychiatrique. Y a-t-il un rapport, en particulier, entre l'hyperpolypeptidémie et telle ou telle forme de maladie mentale ? Nous ne le pensons pas.

Dans les observations qui vont suivre (et dont le petit nombre ne saurait nous autoriser à des conclusions formelles), nous nous sommes efforcés de mettre en lumière, chaque fois que cela nous était possible, la cause appréciable des taux pathologiques. C'est pourquoi nous avons préféré, à la sécheresse d'un diagnostic suivi d'un dosage, un très court résumé du cas clinique.

Nos premiers dosages (8 cas) ont été faits par la méthode de Cristol et Puech et exprimés en azote. Pour tous les autres, nous avons employé la méthode colorimétrique de Goiffon et Spaey ; plus simple et couramment utilisée à l'heure actuelle, elle donne un chiffre exprimé en tyrosine. Nous considérons, après d'autres

(1) Recherches sur l'indexe-tyrosine de polypeptidémie dans les malades mentales. *Annales Médico-Psychologiques*, avril 1936.

auteurs, comme anormal : dans le sang un index au-dessus de 0,030 milligrammes par litre de sérum en tyrosine et un indice de désamination dépassant 0,15 ; dans le liquide céphalo-rachidien, une dose supérieure à 0,007 p. 1000.

Observations résumées

OBSERVATION I. — H. J., second-maitre surveillant militaire, 43 ans. Ethylisme chronique. Décès au cours d'un accès de delirium tremens.

Buveur d'habitude avéré. Six entrées à l'Hôpital, de février 1932 à octobre 1935, époque de son décès, motivées par des accès confusonoiriques d'origine éthylique. Restitutio ad integrum de l'état mental après chaque accès mais tendance de plus en plus accusée à de la dépression. Dès la première entrée on avait noté un syndrome rénal aigu paraissant devoir être le prélude d'une néphrite chronique urémigène. On relève, en effet, dans les analyses de février 1932 :

Albuminurie massive.

Urée du sang : 0,63.

Constante d'Ambard : 0,0915.

Sérologie négative pour la syphilis.

En janvier 1933, l'albuminurie a disparu et de petits signes d'insuffisance hépatique apparaissent :

Abaissement de l'urée du sang : 0,15.

Glucosurie transitoire à 3 gr. 30.

En février 1935, à l'occasion de l'avant-dernier accès confusionnel les conjonctives sont subictériques. On pratique une ponction lombaire qui est normale et ne décèle que des traces indosables de polypeptides. Par contre, le dosage des polypeptides du sang donne le chiffre de 0,052 p. 1.000 en tyrosine, tandis que l'urée urinaire est à 8 gr., l'urée du sang à 0,19 et l'indice biliaire plasmatique de 1,9.

OBSERVATION II. — M. J., ouvrier de l'Arsenal, 40 ans. Crises nerveuses épileptoïdes chez un alcoolique chronique.

Buveur d'habitude. Une crise épileptoïde entraîne l'admission à l'Hôpital le 28 août 1935. Au cours de son séjour à l'Hôpital on observe un accès de delirium tremens typique.

Foie diminué de volume et douloureux à la palpation. Parmi les analyses pratiquées on retient :

Un abaissement considérable de l'urée du sang qui est de 0,03 le 30 août, 0,04 le 4 septembre.

Une augmentation importante du taux des polypeptides du sang qui est de 0,090 en tyrosine le 11 septembre.

Sort guéri de l'accès le 16 septembre.

OBSERVATION III. — Le T. Jean, second-maitre cuisinier, 51 ans. Crises convulsives à caractère épileptique.

Passé vertigineux et comitial remontant à 1912. Observé en juin

1935. Crises plus fréquentes, constatées à l'Hôpital, offrant tous les attributs du mal comitial. Dépression mentale avec préoccupations hypocondriaques.

Ponction lombaire. Liquide céphalo-rachidien normal ne contenant que des traces de polypeptides. Sérologie négative pour la syphilis.

OBSERVATION IV. — C. Emile, second-maitre fourrier, 35 ans. Ethylisme aigu.

Entrant d'urgence en état d'ivresse le 30 juillet 1935.

Sang contenant 3 cc. 2 d'alcool absolu par litre à l'entrée.

Urobilinurie. Urée du sang : 0,23 ctgr.

Polypeptides du sang : 0 gr. 032 en tyrosine.

OBSERVATION V. — Le D. Yves, quartier-maitre de la Direction du Port, 48 ans. Ethylisme chronique.

Observé du 20 au 30 juillet 1935. Faciès de buveur. Sénilité précoce. Foie augmenté de volume, sensible à la palpation, hémorroïdes; hypertension artérielle. Eréthisme généralisé. Tremblement des extrémités et de la langue.

Sang contenant 1 cc. 5 d'alcool absolu par litre à l'entrée.

Urée du sang : 0,38 ctgr.

Polypeptides du sang : 0,026 mmgr. en tyrosine.

OBSERVATION VI. — C. J. M., ouvrier de l'Arsenal, 47 ans. Polynévrite éthylique des membres inférieurs.

Observé en mai et en décembre 1935.

Troubles sensitivo-moteurs typiques des membres inférieurs avec démarche ataxique. Fonte musculaire. Abolition des réflexes achilléens. Hypoexcitabilité galvanique et faradique des extenseurs.

Gastrite éthylique. Tremblements des extrémités. Déficit intellectuel portant surtout sur la mémoire. Vie végétative.

Liquide céphalo-rachidien, cytologie, albumine et glucose : normaux.

Recherche de la syphilis négative.

Traces indosables de polypeptides.

Sang : urée, 0,15 ctgr.

Urines : coefficient de Maillard à 12,07 %.

OBSERVATION VII. — T. F., ouvrier de l'Arsenal, 38 ans. Encéphalite psychosique subaiguë à forme catatonique.

Dans les antécédents du malade on relève une pleurésie séro-fibrineuse et une hépatite d'origine amibienne.

Première hospitalisation du 26 avril au 6 juin 1935. Syndrome mental polymorphe ayant débuté par un syndrome d'action extérieure avec hallucination de l'ouïe, agitation, idées pauvres et puériles de persécution, auquel a succédé un syndrome catatonique fruste.

Pas de stigmates d'imprégnation éthylique, mauvais état général.

amaigrissement, température 37°6. A sa sortie, retour à la vie normale, reprise de poids.

Dix jours après sa sortie, doit être re-hospitalisé d'urgence. Réapparition des mêmes symptômes, sans confusion mentale, avec température à 38°. On assiste de nouveau au déclin de l'état général et un syndrome catatonique évident s'installe : conservation des attitudes, signe de l'oreiller, stéréotypies de gestes, négativisme, mussitation. Disparition progressive des troubles mentaux, retour à la normale de la température, reprise de poids de 5 kgs en 3 semaines, sortie avec guérison apparente.

A aucun moment l'examen clinique le plus approfondi n'a révélé de substratum organique ; en particulier, on n'a pas noté de signes méningés, de symptômes encéphalitiques.

Les examens au laboratoire ont montré :

Un liquide céphalo-rachidien normal ne contenant que des traces de polypeptides, une ponction lombaire ayant été pratiquée lors de chaque accès. Deux inoculations intra-cérébrales de ce liquide à la souris n'ont révélé au sacrifice des animaux aucune lésion anatomo-pathologique ;

Des urines normales mais contenant à chaque examen pratiqué en période aiguë une forte proportion d'urobiline ;

Une urée du sang qui évoluait parallèlement aux troubles mentaux : avec un régime pauvre en matières azotées le taux était de 0,62 ctgr. au cours du premier accès et redescendait à 0,35 au moment de la première sortie. Au cours du deuxième séjour à l'Hôpital on notait à l'entrée un chiffre de 0,30, puis les chiffres de 0,27, 0,45, 0,93, 0,45, 0,33, 0,34. Le filtre rénal ne paraissait pas en cause : les urines n'ont jamais contenu d'albumine, les épreuves de Volhard étaient satisfaisantes, la constante d'Ambard était à 0,073.

Deux dosages de polypeptides dans le sang ont donné les chiffres de 0,020 et 0,033 mmgr. en tyrosine avec indice de désamination à 0,25.

C'est ce que nous retiendrons seulement de cette observation à propos de laquelle il serait intéressant de discuter la pathogénie de l'azotémie et ses relations avec les troubles mentaux observés. Nous avons cru pouvoir la classer dans les encéphalites psychosiques azotémiques, dont elle serait une forme subaiguë, encore que la légère hyperazotémie constatée, contemporaine de la dénutrition du malade, puisse, peut-être, être mise sur le compte de celle-ci.

OBSERVATION VIII. — R. M., ouvrière dactylographe de l'Arsenal, 35 ans. Mélancolie délirante.

Observée en janvier et en mai 1935. Décédée par suicide en décembre 1935.

Entrée à la suite d'une tentative de suicide par pendaison. Idées délirantes d'auto-accusation, de culpabilité. Idées de suicide actives. Sentiment d'étrangeté. Interprétations délirantes. Fétidité de l'haleine. Bon état général.

Urines normales avec un coefficient de Maillard à 5,87 %.
Urée du sang : 0,37 ctgr.
Polypeptides du sang : 0,024 mmgr. Indice de désamination : 0,35.

OBSERVATION IX. — T., inscrit maritime, 45 ans. Ethylisme chronique.

Observé en février 1935. Déchéance physique et mentale chez un alcoolique invétéré. Buveur de cidre.

Au point de vue physique : gastrite avec pituites matinales, foie diminué de volume, dur. Tremblements des extrémités.

Au point de vue mental : déficit global des facultés mentales, portant plus particulièrement sur la mémoire et l'attention. Torpeur intellectuelle.

Présence de 2 cc. 4 d'alcool par litre de sang, à l'entrée.

Urines normales.

Urée du sang : 0,18 ctgr.

Polypeptides du sang : 0,084 mmgr. en tyrosine.

Liquide céphalo-rachidien normal contenant des traces de polypeptides.

OBSERVATION X. — L. Henri, inscrit maritime, 36 ans. Syndrome neurasthénique à forme surtout psychique.

Observé en février 1935.

Profonde asthénie physique. Illusions de la vue et de l'ouïe. Interprétation à base de préjudice et de jalousie.

Tendance aux réactions violentes.

Urines normales.

Les polypeptides du sang n'ont pu être dosés par suite d'une erreur.

Liquide céphalo-rachidien normal ne contenant que des traces de polypeptides.

OBSERVATION XI. — R. Yves, maître fusilier en retraite, 43 ans. Délire chronique de persécution et insuffisance hépatique.

Observé en mai et en juillet 1935.

Constitution paranoïaque. Malade méfiant, souçonneux, orgueilleux, réticent. Nombreuses interprétations délirantes, idées de persécution assez bien systématisées. Bouffées paroxystiques avec illusions nocturnes de la vue, sous l'influence d'excès de boisson intermittents.

Pigmentation bronzée des téguments. Subictère des conjonctives. Foie augmenté de volume et douloureux.

Urobilinurie importante. Coefficient de Maillard normal.

Cholestérine du sang : 2 gr. 15.

Urée du sang : 0,42.

Polypeptides du sang : 0,026 mmgr. en tyrosine.

OBSERVATION XII. — F. Pierre, soldat, 21 ans. Débilité mentale.

Petit épisode délirant transitoire.

Puérilisme, suggestibilité, soliloque.

Dépression avec idées d'incapacité, de persécution.
Inadaptabilité au milieu militaire.
Céphalée.

Liquide céphalo-rachidien normal ne contenant que des traces de polypeptides.

OBSERVATION XIII. — M. Louis, ouvrier de l'Arsenal, 35 ans. Troubles maniaco dépressifs à tendance dissociative.

Observé en juillet et en octobre 1935.

Internement à l'asile de Quimper, dont il sort amélioré le 27 janvier 1936.

Début par état confusionnel, puis succession de phases d'excitation euphorique et de prostration stuporeuse. Apparition ultérieure de signes paraissant assombrir le pronostic tels que : impulsivité, négativisme, stéréotypies de gestes, sourires discordants. Forme paraissant s'apparenter aux « Randpsychosen » des auteurs allemands.

Pas de température. Pas d'élément infectieux apparent. Bon fonctionnement hépatique.

Plusieurs analyses d'urines normales avec coefficient de Maillard à 6,29 %.

L'urée du sang a varié entre 0,64 et 0,43 ctgr.

Polypeptides du sang : traces seulement.

OBSERVATION XIV. — L. François, ouvrier de l'Arsenal, 49 ans. Accès confuso-oniriques chez un éthylique chronique.

Observé au cours de deux accès successifs en janvier et en février 1934.

Accès typiques : délire de rêve, désorientation absolue, agitation, petits tremblements. Retour à la normale après chaque accès au bout d'un mois.

Etat général médiocre. Petits signes de polynévrite des membres inférieurs. Subictère des conjonctives. Foie diminué de volume.

Deux ponctions lombaires pratiquées chacune au milieu de chaque accès n'ont rien révélé d'anormal dans le liquide céphalo-rachidien et en particulier n'ont décelé que des traces de polypeptides.

OBSERVATIONS XV. — T. Joseph, inscrit maritime, 42 ans. Psycho-polynévrite chez un éthylique chronique avec névrite rétro-bulbaire.

Observé de janvier à mars 1934.

Confusion mentale-onirisme, tremblements.

Très mauvais état général. Hyporéflexie patellaire, aréflexie achilléenne. Steppage. Fonte des masses musculaires des membres inférieurs.

Anhépatie presque complète. Remarquable hypoazotémie : de fréquents dosages de l'urée du sang ont donné des chiffres de : 0,06, 0,04, tandis que l'urine contenait de 1 à 3 gr. d'urée par litre ; le coefficient de Maillard était à 11 %, le rapport azoturique de 0,72.

Polypeptides du sang : 0,14 en azote.
Indice de désamination : 0,51.
Polypeptides du liquide céphalo-rachidien 0,08.

OBSERVATION XVI. — Le B. Yves, ouvrier de l'Arsenal, 46 ans. Ethylisme chronique.

Observé en mars 1934. Trois accès antérieurs de confusion mentale onirique. Buveur avéré. Mauvais état général. Tremblements des extrémités. Pituïtes matinales. Troubles du sommeil avec sueurs et cauchemars. Troubles de l'humeur, irascibilité.

Foie légèrement augmenté de volume et douloureux.

Urines normales avec un coefficient de Maillard de 7,65 %.

Urée du sang : 0,23 ctgr.

Polypeptides du sang : 0,12 en azote.

OBSERVATION XVII. — H. Joseph, ouvrier de l'Arsenal, 32 ans. Syndrome schizophrénique.

Observé en mai 1935. Internement à l'asile de Quimper.

Agitation impulsive ; violences. Conservation des attitudes. Echomimie. Indifférence affective. Idées vagues de persécution, mal coordonnées. Bon état physique.

Urines normales. Coefficient de Maillard à 7,75 %.

Liquide céphalo-rachidien normal ne contenant que des traces de polypeptides.

OBSERVATIONS XVIII. — Le F. Yves, maréchal de logis, 35 ans. Dépression mélancolique chez un alcoolique chronique.

Observé en février 1935.

Colonial ayant abusé du « Pernod ».

Faciès mélancolique. Idées de suicide.

Mauvais état général. Pituïtes matinales.

Cauchemars nocturnes. Crampes dans les mollets qui sont très amaigris. Hypohépatie.

Dans les urines l'excrétion d'urée est de 4 gr., le coefficient de Maillard à 16 %.

Dans le sang : urée 0,10 ctgr. ; polypeptides : 0,048 mmgr. en tyrosine.

Indice de désamination : 0,40.

Liquide céphalo-rachidien normal : traces de polypeptides.

OBSERVATION XIX. — S. Louis, quartier-maitre chauffeur, 26 ans. Ethylisme subaigu à forme maniaque.

Observé du 15 décembre 1934 au 8 janvier 1935.

Excitation psycho-motrice d'allure maniaque.

Calembours, logorrhée, hypermimie.

Bon état général. Notion d'excès de boisson récents.

Urines normales avec coefficient de Maillard à 4,96 %.

Polypeptides du sang : 0,027 mmgr. en tyrosine.

OBSERVATION XX. — K. Olivier, gendarme, 37 ans. Pseudo paralysie générale éthylique.

Observé en juin 1935.

Buveur avéré. Déficit intellectuel portant surtout sur la mémoire et l'attention. Bradypsychie. Faciès atone. Dysarthrie. Tremblements des extrémités.

Réflexes osteotendineux normaux. Pas de signes de syphilis du névraxe. Pituïtes matinales. Conjonctives subictériques.

Sort très amélioré, la dysarthrie ayant presque complètement disparu.

Liquide céphalo-rachidien normal avec traces de polypeptides.

Urines normales, coefficient de Maillard à 6,50 %.

Sang : urée 0,26 ctgr.

Polypeptides 0,046 mmgr. en tyrosine. Indice de désamination : 0,46.

OBSERVATION XXI. — L. D.-L., ingénieur mécanicien, 28 ans. Psychose maniaque-dépressive atypique.

Observé à deux reprises.

Accès maniaque avec agitation violente, suivi de périodes de dépression et s'accompagnant d'idées délirantes de malveillance, de préjudice et de persécution. Echolalie, oppositionnisme transitoires. Rémission permettant une reprise du service. Constitution robuste. Type pïcknique.

Urobilinurie et glycosurie transitoire sans hyperglycémie.

Coefficient de Maillard normal.

Urée : 0,25 ctgr.

Cholestérine : 2 gr. 45.

Sang Polypeptides en période aiguë 0 gr. 045 (en tyrosine). I.D. : 0,45. A la convalescence 0,030.

OBSERVATION XXII. — P. Lucien, ouvrier de l'Arsenal, 46 ans. Psychopolynévrite éthylique.

Observé en février 1934.

Buveur d'habitude.

Excitation physique ; frayeurs nocturnes, cauchemars. Importante altération de la mémoire. Pituïtes matinales. Crampes et sensations paréthésiques dans le mollet avec amyotrophie.

Urines normales ; coefficient azoturique 0,80.

Liquide céphalo-rachidien normal avec traces de polypeptides.

Polypeptides du sang 0,11 en azote. I.D. : 0,32.

OBSERVATION XXIII. — D. Jean, matelot maître d'hôtel, 30 ans. Mélancolie anxieuse et délirante. Appoint éthylique.

Observé de mai à septembre 1934 (Croiseur « Jeanne-d'Arc » et hôpital maritime).

Début brusque avec état toxi-infectieux, température à 38°, foie fortement augmenté de volume et douloureux, muqueuses subictériques. Idées d'indignité, de culpabilité. Agitation anxieuse. Tristesse

de la mimique, lenteur de l'idéation. Amélioration progressive et guérison en quatre mois.

En période aiguë } Urobilinurie et glycosurie légère.
 } Coefficient de Maillard normal.
 } Liquide céphalo-rachidien normal, avec traces
 de polypeptides.

Sang : polypeptides 0,057 mmgr. I.D. : 0,23.

A la fin de la convalescence, disparition de l'urobilinurie et de la glycosurie, polypeptides du sang 0,040. I.D. : 0,38.

OBSERVATION XXIV. — C. Marcel, second-maitre mécanicien, 28 ans. Episode délirant hallucinatoire chez un débile mental.

Observé d'avril à juillet 1935.

Hallucination de la vue, puis de l'ouïe.

Hallucinations génitales. Pas de système délirant ; explications pauvres. Fonds mental médiocre. Vanité, suggestibilité. Explorations somatiques négatives.

Pas de substratum rénal ou hépatique apparent. Hyperglycémie provoquée et épreuve de miel-peptone normale.

Polypeptides du sang : 0,043 en tyrosine. I.D. : 0,43.

OBSERVATION XXV. — K. François, ex-caporal, 35 ans. Polynévrite toxique des membres inférieurs.

Observé en mars 1934.

Séquelles d'une quadriplégie transitoire survenue 3 ans auparavant à la suite d'une injection de 0,45 ctgr. de novarsénobenzol.

Crampes douloureuses. Marche avec une canne. Steppage. Atrophie des masses musculaires. Abolition des achilléens. Importantes modifications des extenseurs à l'examen électrique.

Sérologie négative pour la syphilis.

Liquide céphalo-rachidien normal contenant 0,02 de polypeptides en azote.

Urines normales, coefficient de Maillard : 8 %.

Polypeptides du sang : 0,12 en azote.

OBSERVATION XXVI. — J. Marcel, sergent, 25 ans. Syndrome psychasthénique.

Observé d'avril à mai 1935.

Fatigabilité intellectuelle et surtout de l'attention.

Phobie du bruit et de la foule, nosophobie, dépression avec paroxysmes anxieux, insomnie.

Asthénie psychique. Maigreur. Conjonctives subictériques. Urines normales avec coefficient de Maillard un peu élevé : 10,76 %. Liquide céphalo-rachidien normal avec traces de polypeptides.

Sérologie négative pour la syphilis.

Indice biliaire phasmatique : 3.

Polypeptides du sang, 0,043 en tyrosine. I.D. : 0,41.

OBSERVATION XXVII. — G. Fulbert, ouvrier de l'Arsenal, 40 ans. Ethylisme chronique. Accès confuso-onirique.

Buveur d'habitude.

Agitation. Désorientation, onirisme.

Accès ayant amené l'internement dans un asile de novembre 1933 à mars 1934.

Type congestif, obèse, hypertension artérielle.

Foie de volume normal, non douloureux. Glycosurie provoquée normale.

Urines normales, coefficient de Maillard à 4 %.

Sang	{	Urée : 0,38 ctgr.
		Acide urique : 0,07 ctgr.
		Cholestérine : 3 gr.
		Polypeptides : 0,09 en azote.

OBSERVATION XXVIII. — H. Robert, adjudant d'artillerie coloniale, 32 ans. Pseudo-paralysie générale éthylique.

Observé en février et en octobre 1935.

Polynévrite ancienne des membres inférieurs avec abolition des réflexes achilléens.

Dysarthrie. Hypomnésie de fixation sans signes démentiels. Pas de signes d'atteinte syphilitique du névraxe. Subictère des muqueuses. Foie de volume normal.

Urines : Hypoazoturie : 2 gr.

Glycosurie légère intermittente.

Liquide céphalo-rachidien : Albumine 0,27.

Lymphocytes 1,2 par mm³.

Vernes syphilis et meinicke négatifs.

Sang : sérologie négative pour la syphilis.

Urée : 0,13 et 0,10 ctgr.

Polypeptides : 0,050 mmgr. en tyrosine.

OBSERVATION XXIX. — Publiée par MM. Gouriou et Daoulas (1). M. F., second-maitre canonier, 44 ans. Insuffisance hépatique par éthylisme chronique.

Observé en juillet 1934.

Antécédents éthyliques avec congestion du foie.

Amaigrissement. Faciès de buveur. Tremblements de la langue.

Urines : Hypoazoturie à 2 gr. 47.

Coefficient azoturique à 0,40.

Sang : Urée 0 gr. 14 et 0 gr. 21.

Polypeptides : 0 gr. 056 en tyrosine.

Indice de désamination : 0,28.

OBSERVATION XXX. — B. François, ouvrier de l'Arsenal, 58 ans. Cirrhose hypertrophique du foie d'origine éthylique.

(1) GOURIOU ET DAOULAS. — L'hypoazotémie. Sa valeur symptomatique et pronostique importante dans l'insuffisance hépatique des éthyliques chroniques. *Archives de médecine et pharmacie navales*, 4^e trimestre 1935.

Buveur avéré. Opéré d'hémorroïde en juin 1935. Ce malade a été observé de juillet 1935 à février 1936.

Amaigrissement progressif et asthénie. Anasarque au début de l'hospitalisation ayant rapidement régressé. Augmentation de volume du foie, progressive et persistante ; l'organe est dur et lisse. Phénomènes dyspeptiques post-prandiaux. Exploration radiologique de l'estomac négative.

Les différentes analyses pratiquées confirment une insuffisance hépatique sévère :

Urines : urobilinurie intermittente ;
hypoazoturie variant de 1 gr. à 3 gr. par litre ;
coefficient de Maillard se maintenant autour de 13 %.
Rapport azoturique 0,46.

Sang : Hypoazotémie : 0 gr. 17 et 0 gr. 11.

Hyperpolypeptidémie : 0 gr. 075 en tyrosine.

OBSERVATION XXXI. — L. Maurice, capitaine au long-cours, 32 ans. Syndrome maniaco-dépressif atypique.

Observé de septembre à novembre 1935.

Début confusionnel, puis alternances de phases de dépression et d'accès maniaques avec intervalles d'indifférence, de bizarrerie des attitudes, de torpeur intellectuelle.

Examen somatique négatif.

Liquide céphalo-rachidien normal. Des diverses analyses pratiquées on ne retient que la dose de 0,054 mmgr. de polypeptides en tyrosine dans le sang.

OBSERVATION XXXII. — B. Julien, second-maitre de manœuvre, 38 ans. Ethylisme chronique, accès confuso-onirique.

Observé en mai et décembre 1933.

Confusion mentale. Délire de rêve. Agitation. Tremblements des extrémités. Retour à la normale en 3 semaines.

Intégrité des grands appareils, cliniquement.

Urines normales ; coefficient Maillard 9,66 %.

Liquide céphalo-rachidien normal avec traces de polypeptides.

Sang : Urée 0,17 ctgr.

Polypeptides 0,11 en azote.

OBSERVATION XXXIII. — L. Jean, adjudant d'infanterie coloniale, 35 ans. Séquelles de polynévrite alcoolique des membres inférieurs.

Plusieurs fois traité antérieurement pour cette affection. Tremblements de la langue et des extrémités. Abolition des réflexes achilléens et rotuliens. Foie sensiblement augmenté de volume. Pas de signes de spécificité du névraxe.

Sang : sérologie négative pour la syphilis.

Urée 0,23 ctgr.

Polypeptides 0,067 en tyrosine.

Urines : hypoazoturie : 2 à 3 gr. Urobilinurie et glycosurie légères.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Novembre 1936. 38.

Tableaux récapitulatifs des observations
PREMIER TABLEAU. — Cas dans lesquels il y a hyperpolypeptidémie

DIAGNOSTIC	TAUX DE POLYPEPTIDÉMIE	TAUX DE POLYPEPTORACHIE	AFFECTION VISCÉRALE POUVANT EXPLIQUER L'HYPERPOLYPEPTIDÉMIE
Obs. I. — Ethylisme chronique. Délirium tremens.....	0 gr. 052	Traces indosables	Insuffisance h. pato-rénale
Obs. II. — Ethylisme chronique. Crises nerveuses épileptoides.....	0 gr. 090	Non recherché	Insuffisance hépatique
Obs. IX. — Ethylisme chronique. Déchéance physique et intellectuelle..	0 gr. 084	Traces indosables	Insuffisance hépatique
Obs. XVIII. — Dépression mélancolique chez un éthylique chronique.....	0 gr. 048 I. D. = 0,40	Traces indosables	Insuffisance hépatique
Obs. XX. — Pseudo P. G. alcoolique..	0 gr. 046 I. D. = 0,46	Traces indosables	Pas de cause nettement appréciable
Obs. XXI. — Psychose maniaco-dépressive atypique.....	0 gr. 045 en période aiguë 0 gr. 030 en convalescence	Non recherché	Insuffisance hépatique légère

DIAGNOSTIC	TAUX DE POLYPEPTIDEMIE	TAUX DE POLYPEPTORACHIE	AFFECTION VISCERALE POUVANT EXPLIQUER L'HYPERPOLYPEPTIDEMIE
Obs. XXIII. — Mélancolie anxieuse. Appoint éthylique.....	0 gr. 057 en période aiguë 0 gr. 040 en convalescence I. D. = 0,38	Traces indosables	Insuffisance hépatique
Obs. XXIV. — Débilité mentale. Epi- sode délirant hallucinatoire.....	0 gr. 043 I. D. = 0,43	Non recherché	Pas de cause appréciable
Obs. XXVI. — Psychasthénie.....	0 gr. 043 I. D. = 0,41	Traces indosables	Insuffisance hépatique
Obs. XXVIII. — Pseudo P. G. alcoolique.	0 gr. 050	Non recherché	Insuffisance hépatique
Obs. XXIX. — Ethylisme chronique. Insuffisance hépatique.....	0 gr. 056	Non recherché	Insuffisance hépatique
Obs. XXX. — Ethylisme chronique. Cirrhose hypertrophique.....	0 gr. 075	Non recherché	Insuffisance hépatique grave
Obs. XXXI. — Syndrome maniaco- dépressif atypique.....	0 gr. 054	Non recherché	Pas de cause appréciable
Obs. XXXIII. — Polynévrite éthylique des membres inférieurs.....	0 gr. 064	Non recherché	Insuffisance hépatique

DEUXIÈME TABLEAU. — *Cas dans lesquels la polypeptidémie est normale*

DIAGNOSTIC	TAUX DE POLYPEPTIDÉMIE	TAUX DE POLYPEPTORACHIE	AFFECTION VISCÉRALE CONCOMITANTE
Obs. IV. — Ethylisme aigu.....	0 gr. 032	Non recherché	Néant
Obs. V. — Ethylisme chronique.....	0 gr. 026	Non recherché	Congestion hépatique
Obs. VII. — Encéphalite psychosique subaiguë.....	0 gr. 020 et 0 gr. 033 I. D. = 0,25	Traces indosables deux fois	Insuffisance hépatique légère
Obs. VIII. — Mélancolie délirante....	0 gr. 024 I. D. = 0,35	Non recherché	Néant
Obs. XI. — Délire chronique de persécution.....	0 gr. 026	Non recherché	Insuffisance hépatique
Obs. XIII. — Troubles maniaque-dépresseifs à tendance dissociative.....	Traces	Non recherché	Néant
Obs. XV. — Psycho-polynévrite éthylique.....	0 gr. 14 en Azote I. D. = 51	0 gr. 08 en Azote	Insuffisance hépatique grave

DIAGNOSTIC	TAUX DE POLYPEPTIDEMIE	TAUX DE POLYPEPTORACHIE	AFFECTION VISCERALE CONCOMITANTE
Obs. XVI. — Ethylisme chronique.....	0 gr. 12 en Azote	Non recherché	Insuffisance hépatique légère
Obs. XIX. — Ethylisme subaigu à forme maniaque.....	0 gr. 027	Non recherché	Néant
Obs. XXII. — Psychopolynévrile éthy- lique.....	0 gr. 11 en Azote I. D. = 0,32	Non recherché	Gastrite
Obs. XXV. — Polynévrile toxique des membres inférieurs.....	0 gr. 12 en Azote	0 gr. 02 en Azote	Néant
Obs. XXVII. — Ethylisme chronique. Accès confuso-onirinique.....	0 gr. 09 en Azote	Non recherché	Néant
Obs. XXXII. — Ethylisme chronique. Accès confuso-onirinique.....	0 gr. 11 en Azote	Traces indosables	Néant

TROISIÈME TABLEAU — Cas dans lesquels la polypeptorachie seule a été recherchée

DIAGNOSTIC	TAUX DE POLYPEPTORACHIE	AFFECTION VISCÉRALE CONCOMITANTE
Obs. III. — Crises convulsives épileptiformes.....	Traces indosables	Néant
Obs. VI. — Polynévrite éthylique des membres inférieurs.....	Traces indosables	Insuffisance hépatique
Obs. X. — Syndrome neurasthénique...	Traces indosables	Néant
Obs. XII. — Débilité mentale.....	Traces indosables	Néant
Obs. XIV. — Ethylisme chronique. Délirium tremens.....	Traces indosables par deux fois en plein accès	Insuffisance hépatique légère
Obs. XVII. — Syndrome schizophrénique.....	Traces indosables	Néant

Si nous nous bornons aux considérations objectives qu'impose la lecture de ces tableaux, nous voyons :

1° que sur 27 recherches de polypeptides dans le sang, 14 fois nous avons constaté une hyperpolypeptidémie allant de 0 gr. 043 à 0 gr. 090 ;

2° que, 11 fois sur 14, une insuffisance hépatique coexiste avec ces doses anormales, qu'elles permettent peut-être d'expliquer ;

3° que deux fois nous avons pu constater un parallélisme entre l'amélioration des troubles mentaux, celle de l'insuffisance hépatique et l'abaissement du taux de polypeptidémie (obs. XXI et XXIII) ;

4° qu'il est difficile de rapporter à telle ou telle forme neurologique ou mentale une hyperpolypeptidémie ;

5° enfin que dans 16 recherches de polypeptides dans le liquide céphalo-rachidien nous n'avons pas une seule fois constaté des doses anormales. Il est intéressant, en particulier, de noter que plusieurs examens de liquide céphalo-rachidien en plein accès de délirium tremens n'ont révélé que des traces de polypeptides.

La majorité de nos observations porte, on le voit, sur des affections évoluant chez des sujets entachés d'éthylisme, et cela parce que notre service nous offrait dans ce domaine un vaste champ d'expérience. Cette expérience permet de se rendre compte que, s'il n'est pas de règle qu'on rencontre une hyperpolypeptidémie dans les accidents nerveux ou mentaux des éthyliques, du moins une très grande proportion d'index élevés se rencontre-t-elle chez ces intoxiqués. En cela nos résultats diffèrent de ceux de MM. Th. Simon, J.-Ch. Roux et R. Goiffon (1). Dans deux cas de syndrome aigu ou subaigu (obs. IV et XIX) chez des malades encore peu profondément intoxiqués, nous avons trouvé des doses normales, mais il semble bien que, dans les cas chroniques, les hautes doses soient fréquentes. Et cela d'autant plus que le filtrage et l'épuration se feront plus difficilement, ce qui est le cas pour nos alcooliques anciens qui ont des reins et surtout un foie déficients.

En effet, la concordance de l'hyperpolypeptidémie avec des signes d'insuffisance hépatique est assez fréquente pour être remarquable, elle mérite de prendre place parmi les signes d'insuffisance hépatique comme y a pris place récemment

(1) *Loc. cit.*

l'hypoazotémie (1). Sa coexistence avec cette dernière est d'ailleurs très souvent rencontrée (obs. I, II, IX, XVIII, XXVIII, XXIX, XXX, XXXI) et cela ne nous étonne pas puisque nous savons que le foie est chargé de transformer en urée l'excès de polypeptides (N. Fiessinger). Notons une exception (observation XV) dans laquelle cependant l'indice de désamination, fortement augmenté, reprend toute sa valeur. Autant il serait puéril de voir dans ces constatations une cause hépatique à un trouble mental, autant on est autorisé à penser que l'hyperpolypeptidémie n'est pas sans avoir une action secondaire sur l'état mental qu'elle entretient ou dont elle retarde la guérison : aux conséquences de la diminution du pouvoir antitoxique du foie viennent en effet s'ajouter celles de la polypeptidotoxie. Et c'est lorsqu'il existe une hyperpolypeptorachie que les centres nerveux souffrent plus particulièrement ; c'est ainsi, nous l'avons vu, que des auteurs ont admis cette pathogénie toxique dans la stupeur catatonique, le sommeil cataleptique et certains états confusionnels graves.

Nous n'avons pu, malheureusement, pour notre part, faire des dosages systématiques de polypeptides dans le liquide céphalo-rachidien. Contentons-nous de remarquer qu'aucun des liquides qui ont été examinés n'en contenait en excès, même lorsqu'il y en avait un excès dans le sang.

Il a été signalé par contre (2) que dans 90 0/0 des cas le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux contenait un excès de polypeptides alors que le sang en contenait une dose normale, ce qui tend à faire admettre que, dans des affections organiquement bien définies, il y aurait effectivement une production locale de polypeptides aux dépens de la cellule nerveuse.

A ne considérer que les résultats des dosages dans le sang, il est difficile d'arriver à des conclusions pratiques touchant la valeur de la polypeptidémie dans les troubles mentaux. Etant donné ce que nous savons des origines diverses des polypeptides, il ne peut en être autrement tant qu'on aura pas pris la précaution d'éliminer des statistiques tous les cas dans lesquels on peut assigner une origine connue ou supposée à l'hyperpolypeptidémie, et quand cela sera fait, on se trouvera en présence d'un nombre relativement peu élevé d'hyperpolypeptidémies dues à une cause inappréciable. Encore ne faudra-t-il pas vouloir systémati-

(1) GOURIOU et DALOAS. — *Loc. cit.*

(2) A. PRUNELL. — Les polypeptides dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. *Archivos Argentinos de Neurologia*, juin 1935.

quement établir un rapport de cause à effet entre ce symptôme biologique et la maladie constatée, tant qu'on n'aura pas déterminé toutes les conditions d'apparition de ce symptôme. MM. P. Duval, J.-Ch. Roux et Goiffon (1) ont, par exemple, récemment montré que certaines tumeurs néoplasiques s'accompagnaient d'une hyperpolypeptidémie qui disparaissait momentanément aussitôt après l'extirpation opératoire pour reparaitre ensuite pendant un certain temps du fait de l'opération elle-même. P. Loicq (2) n'avait pas constaté cette modification en clinique mais avait noté des taux considérables de polypeptides dans le sang des cobayes atteints du cancer expérimental.

On est donc loin encore d'avoir tout dit sur l'origine des polypeptides, c'est pourquoi s'il nous est permis de supposer que dans la majorité de nos cas positifs une déficience du foie était en cause, nous ne pouvons tirer aucune conclusion de ceux dans lesquels aucune cause apparente nous a frappé.

Ces derniers sont au nombre de trois (obs. XX, XXIV, XXXI) sur un total de 14, ce qui donne un pourcentage de 21,4 0/0. Il est difficile de rapprocher ce pourcentage de celui publié par d'autres auteurs, nos observations étant peu variées et ne comportant que peu de cas de psychiatrie pure. Rappelons cependant que MM. Tomeso, N. Gruia Ionesco et P. Constantinesco (3) trouvent le chiffre voisin de 20,4 0/0 d'index élevés dont la raison n'a pu être décelée. Peut-être s'agit-il pour ces cas, comme le supposent ces auteurs roumains, d'une influence du système nerveux sur la teneur en polypeptides du sang, analogue à ce qu'on admet pour certaines azotémies en pathologie mentale (4).

Il convient néanmoins d'attendre d'être éclairé sur toutes les sources de polypeptides pour se prononcer sur ces hyperpolypeptidémies-là.

Bornons-nous à constater que si, comme cela paraît maintenant démontré, les polypeptides du sang sont plus fréquemment augmentés chez les aliénés que chez les gens normaux, il n'est pas possible de faire une répartition, même approximative, des index élevés dans la nosologie neuro-psychiatrique, et cela en

(1) A propos des polypeptides sanguins dans le cancer. *Presse Médicale*, 8 janvier 1936.

(2) L'index de polypeptidémie lors du cancer expérimental et au cours des tumeurs néoplasiques de l'homme. *Société Belge de Biologie*, 13 juillet 1935.

(3) *Loc. cit.*

(4) Voir HESNARD et BAYLE. — La valeur clinique de l'azotémie en psychiatrie. *La Clinique*, n° 240, février 1935.

raison même des divergences considérables entre les résultats des diverses statistiques publiées. Il paraît tout aussi vrai que, dans la *majorité* des cas, une cause extra nerveuse intervient.

Pour ce qui est de l'interprétation des polypeptides d'origine encore inconnue, nous ne saurions mieux faire pour nous rappeler à la prudence que de citer ces conseils de sagesse donnés par M. Costedoat (1) :

« La constatation d'un trouble humoral ou fonctionnel au cours d'un état mental pathologique n'est pas suffisante pour que l'on soit en droit de considérer ce trouble comme la cause de la psychopathie : trouble humoral et trouble mental peuvent en effet dépendre, l'un et l'autre, d'une même cause, sans même pour cela s'influencer mutuellement. Le psychiatre en sera d'autant plus convaincu qu'il connaîtra mieux la signification que ces troubles humoraux et fonctionnels présentent d'une manière générale... »

(1) A. L. D. COSTEDOAT, professeur agrégé au Val-de-Grâce. — Les recherches biologiques en psychiatrie. *Archives de médecine et de pharmacie militaire*, juillet 1935.

A PROPOS D'UN CAS D'INTOXICATION OXYCARBONÉE

*Discussion du rôle possible des hémorragies
méningées tardives
dans le déterminisme des psychoses postintervallaires*

PAR

JEAN TITECA (1)

On sait depuis longtemps que l'intoxication par l'oxyde de carbone peut se manifester par des troubles nerveux et psychiques d'autant plus graves que l'inhalation du poison a été plus massive ou plus prolongée.

L'intoxication oxycarbonée aiguë se traduit en premier lieu par un malaise général accompagné de céphalées, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles, de larmoiement et d'une sensation de brouillard devant les yeux ; puis apparaissent des baillements incoercibles et des nausées auxquels succèdent, si l'intoxication se prolonge, des vomissements, de l'incontinence des sphincters et enfin le coma et la mort.

L'intoxication oxycarbonée chronique, qu'il convient de distinguer des troubles chroniques faisant suite à une intoxication aiguë, est consécutive à un séjour prolongé dans une atmosphère malsaine contenant des traces d'oxyde de carbone. Elle se manifeste par une altération de l'état général avec anémie, par l'asthénie, par les insomnies, par des céphalalgies et des douleurs rhumatismales diffuses ; elle se caractérise encore, du point de vue psychique, par une certaine torpeur intellectuelle avec réduction de la capacité de travail et aboulie et par un changement dans le caractère (irritabilité et tendances à la violence). Dans ce cas,

(1) (Travail du Centre neuro-psychiatrique de Bruxelles).

le diagnostic étiologique exact est parfois d'autant plus difficile à porter que ces signes morbides peuvent apparaître chez un sujet séjournant dans une atmosphère ne contenant pas plus de 0,15 % d'oxyde de carbone.

Mais il est aussi très important pour le neuro-psychiatre de bien connaître les troubles nerveux et mentaux qui peuvent survenir chez un malade qui, retiré à temps de l'atmosphère viciée dans laquelle il se trouvait, est sorti du coma. Cette question a fait l'objet de quelques études importantes, notamment de la part de Sibelius (1) et de Pohlisch (2).

Sibelius, un des premiers, a attiré l'attention sur ce fait que les troubles psychiques, qui souvent prolongent la phase de coma, peuvent parfois n'éclore que plus tard, après un intervalle plus ou moins prolongé de guérison apparente. D'un autre point de vue il distingua, d'après le mode de terminaison, des psychoses régressives, avec ou sans séquelles, et des psychoses non régressives.

Pour ne pas faire d'hypothèse pathogénique ou pronostique, Pohlisch propose très justement de distinguer seulement des formes à évolution simple ou à évolution compliquée. Dans la forme à évolution simple, le malade ne présente, au sortir du coma, que des troubles nerveux ou psychiques bénins : légère obtusion intellectuelle, fatigabilité psychique rapide, manque d'initiative, difficulté de concentrer l'attention, irritabilité avec émotivité exagérée, asthénie, paresthésies, vertiges, lourdeur à la tête, tendances syncopales. La convalescence est rapide, le retour à l'état normal ne réclamant que quelques semaines ou même quelques jours. Dans les formes à évolution compliquée, des troubles nerveux ou mentaux apparaissent soit immédiatement, soit après un intervalle de une à plusieurs semaines. Dans le premier cas, au sortir du coma, on constate un état pseudo-déméntiel qui peut durer sans modification, régresser plus ou moins rapidement ou au contraire entraîner la mort (le plus souvent par affection intercurrente).

Dans le second cas — celui qui nous occupera tout spécialement — le syndrome morbide se constitue *après un intervalle de guérison apparente*. Il s'agit alors de malades qui ont été victimes d'une intoxication oxycarbonée profonde avec coma, qui deux à six jours plus tard sont venus à un état apparemment normal et qui, cependant, quelques semaines plus tard manifestent

(1) *Monat. f. Psych.*, 1905, 18, 39.

(2) *Monat. f. Psych.*, 1928, 70, 339 et 1929, 71, 82.

à nouveau des troubles graves en rapport avec l'intoxication primitive. A vrai dire, la phase intervallaire, dont la durée peut atteindre jusqu'à six semaines, est rarement indemne de tout trouble psychique, nerveux ou somatique: on y retrouve très souvent des céphalalgies, des vertiges, des paresthésies diverses, des modifications de l'humeur (parfois une euphorie sans motif), une fatigabilité anormale. La rechute n'est pas ici déterminée par une affection intercurrente, une pneumonie par exemple (facteur qui intervient avec la fréquence que l'on sait comme cause déclenchante de l'accès aigu de *delirium tremens* chez les alcooliques chroniques). Elle atteint indifféremment les deux sexes. Elle débute brusquement après l'intervalle d'apparente guérison ou amélioration importante: sans qu'il puisse être question d'un début apoplectiforme, en quelques heures — un à deux jours tout au plus — le tableau clinique est fixé à son maximum d'intensité. S'agit-il d'une rechute à forme mentale, les troubles psychiques sont d'emblée très intenses; s'agit-il, au contraire, d'une rechute à prédominance neurologique, réalisant par exemple comme c'est le cas de loin le plus fréquent un syndrome parkinsonien, les troubles moteurs de la série extrapyramidale atteindront dès le début leur acuité maximale pour se dissiper ensuite petit à petit dans les cas favorables. Cette apparition brusque du syndrome parkinsonien, contrastant avec son installation lente et progressive chez les post-encéphalitiques, est même considérée par Pohlisch comme pathognomonique de l'intoxication oxycarbonée.

Les psychoses post-intervallaires réalisent habituellement un tableau pseudo-démontiel profond. Inertes, sans initiative, totalement désorientés, les malades ne témoignent d'aucune affectivité. Ils répondent à peine aux questions posées. L'attention est labile et la mémoire déficiente. L'amnésie remonte assez loin dans le passé; elle couvre parfois une période de plusieurs années. Le gâtisme est de règle. Les syndromes aphasiques et apraxiques sont souvent aussi observés.

Un symptôme très caractéristique également de la psychose post-intervallaire et sur lequel Vermeylen (1) a encore récemment attiré l'attention est la fabulation. Il ne s'agit pas d'une fabulation abondante, prolixe, imagée, comme celle de la psychose de Korsakoff, mais plutôt d'une fabulation pauvre dont on doit presque arracher mot à mot les éléments aux malades.

La symptomatologie de ces psychoses post-intervallaires est à ce point caractéristique que certains auteurs n'hésitent pas à

(1) *Journ. de Neur. et de Psych.*, 1935.

la qualifier de pathognomonique : l'apparition très brusque d'un syndrome pseudo-déméntiel avec fabulation chez un malade ayant présenté quelques semaines auparavant un épisode aigu avec coma serait caractéristique de l'intoxication oxycarbonée et permettrait rétrospectivement le diagnostic étiologique.

Le pronostic des psychoses post-intervallaires est en général favorable. Les statistiques établissent même que celles-ci ont beaucoup moins de tendance à évoluer vers la chronicité que les syndromes neuro-psychiques apparus dès la sortie du coma initial. Malgré l'importance des troubles mentaux qui font croire au début à un état déméntiel irréversible, l'amélioration se dessine bientôt. Après quelques semaines, le malade sort de sa torpeur ; il commence à s'intéresser à l'entourage et à s'orienter ; le gâtisme disparaît ; les fabulations s'espacent. Puis la mémoire s'améliore : non seulement les souvenirs antérieurs à l'intoxication initiale, mais même ceux de la phase intervallaire reviennent à la conscience. Evidemment, il persiste une amnésie lacunaire totale pour ce qui concerne les événements contemporains du début de la rechute.

La durée de la psychose post-intervallaire, assez variable, est en moyenne de trois mois. Par la suite, les malades peuvent encore présenter d'autres rechutes semblables : Pohlisch observa par exemple chez une de ses malades cinq épisodes psychiques en l'espace de trois mois. Malgré que les cas de ce genre soient rarissimes, il convient d'en tenir compte lorsqu'on est appelé à évaluer les dommages d'une intoxication oxycarbonée professionnelle ou à fixer un taux définitif d'incapacité de travail.

Avant de discuter la pathogénie de ces psychoses, nous désirons rapporter l'observation d'un malade ayant été victime d'une grave intoxication oxycarbonée avec psychose post-intervallaire curable et que nous avons eu l'occasion d'observer longuement au Centre neuro-psychiatrique de Bruxelles.

Arthur D... est âgé de 52 ans au moment de son admission à la clinique, le 7 janvier 1936.

On ne lui a jamais connu aucune maladie grave. Depuis 35 ans, il exerce le dur métier de feronnier. Très travailleur, d'un caractère égal, il n'a pas abusé de boissons alcoolisées ni de tabac.

Le 27 novembre 1935, il a été gravement intoxiqué par des émanations d'oxyde de carbone provenant d'un poêle qu'il avait fait fonctionner, pour la première fois, dans sa chambre à coucher. Étonnés de ne pas voir circuler les époux D... comme d'habitude, des voisins pénétrèrent dans l'appartement où ils les trouvèrent gisant sur leur

lit : tandis que son épouse avait déjà cessé de respirer — et tous les efforts pour la ramener à la vie furent vains — le malade fut transporté à l'hôpital où il resta dans le coma pendant 48 heures.

Huit jours après le drame, son état s'était suffisamment amélioré pour lui permettre de séjourner chez son neveu. A ce moment, il ne présentait plus de troubles psychiques graves. Cependant il accusait encore une déficience de la mémoire et une grande fatigabilité tant intellectuelle que physique, au point que durant tout le mois de décembre, il lui fut impossible de reprendre le travail. Sa famille s'étonna aussi de ce que D..., qui avait un ménage très uni, semblait ne guère s'affecter du décès de sa femme ; il se rendit même sur la tombe de celle-ci sans verser de larmes.

L'état du malade resta stationnaire jusqu'au début du mois de janvier. A ce moment, soit donc six semaines après l'intoxication oxycarbonée, des troubles psychiques très graves réapparurent, au point de réaliser en un à deux jours le tableau clinique pseudo-déméntiel constaté au moment de l'admission. La famille située à l'origine de cette rechute un choc émotif : s'étant rendu à son domicile, le malade constata qu'un coffret contenant quelques milliers de francs avait disparu...

EXAMEN SOMATIQUE. — Le malade, de constitution robuste, a un embonpoint normal. Les téguments sont bien colorés ; le faciès et les conjonctives sont même assez rouges. La température atteint 37°6.

Système cardio-vasculaire : Le cœur est de volume normal. L'auscultation révèle seulement une prolongation du premier bruit à la pointe. Le pouls bat à 76 à la minute ; il est égal et régulier. La tension artérielle, mesurée au manomètre de Pachon, est de maximum 12, minimum 7 (indice oscillométrique 4). Il n'existe aucun signe d'artériosclérose ; en particulier les radiales sont souples et les battements des humérales ne sont pas perceptibles.

Système respiratoire : Aux deux bases, surtout du côté droit, existent de fins râles de stase. Le malade ne tousse pas.

Système digestif : L'appétit est conservé. La langue est saburrale. L'abdomen, légèrement ballonné, est souple et indolore à la palpation. Le foie affleure le rebord costal. La rate n'est pas palpable ; la percussion lui assigne des limites normales.

Les autres grands systèmes ne présentent rien de particulier.

EXAMENS DE LABORATOIRE. — *Sang :* Bordet-Wassermann et Hecht négatifs.

Cholestérinémie : 2 gr. 0/00 (28 janvier et 11 février).

L'azotémie, de 0,50 gr. 0/00 le 8 janvier et de 0,48 gr. 0/00 le 29 janvier, s'abaisse à 0,32 gr. 0/00 le 13 février.

Un examen hématologique, pratiqué le 14 janvier, donne les résultats suivants : 5.340.000 globules rouges ; 80 % d'hémoglobine ; 7.600 globules blancs (dont 75 % de polynucléaires neutrophiles,

0 % d'acidophile et de basophile, 12 % de grands mononucléaires, 7 % de moyens mononucléaires et 6 % de lymphocytes).

La résistance globulaire est abaissée : l'hémolyse débute à 0,56 et est totale à 0,48 (8 février).

Liquide céphalo-rachidien : Une ponction lombaire, pratiquée le 8 janvier en position assise, donne issue à un liquide clair, hypotendu, dont la pression au manomètre de Claude atteint 20 cm. avant et 2 cm. après soustraction de 10 cc. Ce liquide contient, par millimètre cube, 1,4 leucocytes et 4 *globules rouges* (uniformément répartis sur toute la quantité du liquide prélevé et n'y ayant certainement pas été introduits accidentellement au cours de la ponction rachidienne). Les autres caractéristiques de ce liquide sont les suivantes : 0 gr. 22 0/00 d'albumine ; Ravaut, Pandy, Weichbrodt et Bordet-Wassermann négatifs ; benjoin colloïdal 00000.02100.00000.0.

Une deuxième ponction lombaire, pratiquée le 29 janvier en position couchée, révèle encore l'existence de 1 *globule rouge par mm.* Les autres analyses sont négatives, à part le taux de l'albuminorachie qui s'élève, cette fois, à 0 gr. 32 0/00.

Urines : Elles sont normales à tous points de vue (albumine, sucre, urobiline, acides et pigments biliaires). Leur quantité atteint en moyenne un litre par jour.

EXAMEN NEUROLOGIQUE. — Il se montre entièrement négatif. La musculature est bien développée et la force musculaire segmentaire est normale ; les mouvements sont toutefois lents. Les tremblements font défaut ; la coordination est satisfaisante ; l'élocution est parfaite ; la station debout et la démarche sont aisées ; les réflexes tendineux et cutanés sont tous normaux.

Le malade, qui ne se plaint pas de céphalées, accuse spontanément une vague douleur dans les membres inférieurs et à l'hypocondre droit. Ni la palpation des régions incriminées, ni la mobilisation des segments voisins ne réveille de douleurs particulières. Objectivement, il semble exister une certaine hyperesthésie cutanée.

Les pupilles, égales et régulières, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. La motricité oculaire extrinsèque est normale. L'ophtalmoscopie ne permet de déceler aucune altération du fond des yeux.

Les signes méningés font défaut : pas de raideur de la nuque, pas de Kernig ni de Brudzinski, pas de raie de Trousseau.

Enfin, on ne constate pas de signes de la série extrapyramidale.

Il existe une très légère aphasie, en ce sens que le malade éprouve souvent des difficultés à trouver le terme exact, qu'il s'agisse d'un nom propre ou d'un nom commun ; il s'arrête alors au milieu d'une phrase et s'impatiente ou profère des jurons. L'articulation des mots prononcés est correcte. Les ordres oraux simples (tels que « tirez la langue » ou « fermez les yeux ») sont bien exécutés.

EXAMEN MENTAL. — Le trait le plus saillant du tableau clinique, celui qui frappe dès l'abord l'examineur, est le *déficit marqué de l'attention volontaire*, symptôme qui contraste singulièrement avec l'*exagération des facultés d'attention spontanée*. La mimique inexpressive, l'air hébété, le malade observe cependant de façon automatique ce qui se passe autour de lui. Sursautant lorsqu'on ouvre brusquement la porte, suivant des yeux les allées et venues des étrangers, il ne parvient pas à concentrer l'attention sur un sujet donné. Pour obtenir la réponse à une question posée, il faut non seulement répéter celle-ci à plusieurs reprises, mais encore éveiller l'attention du malade en le secouant, en lui tapotant l'épaule ou même... en lui tirant l'oreille ! Et cette attention, que l'on a eu tant de mal à capter un instant, se dissipe à la première occasion.

La difficulté de l'interrogatoire est encore accrue du fait de l'*inertie psychique* et de la *grande suggestibilité*. La première réponse à toute question posée est : « Je ne sais pas » ; si l'on insiste, le patient fait sien la réponse qu'on lui suggère. Il en résulte une fréquente incohérence dans les propos tenus : c'est ainsi que le malade dit que sa femme est décédée après vingt ans de mariage, alors qu'elle n'avait que 22 ans ; au premier abord, il ne voit rien d'anormal lorsqu'on lui fait remarquer qu'elle se serait donc mariée à l'âge de 2 ans ! Mais par la suite, il reconnaît son erreur et est alors le premier à en rire. Les calculs mentaux sont exécutés de façon très différente d'un instant à l'autre : parfois les problèmes reçoivent des solutions absurdes (par exemple à la question de savoir combien font 5 et 4, il répond : « divisé, ça fait 3 ») ; à d'autres moments, des problèmes compliqués sont résolus correctement.

L'*orientation dans l'espace* est déficiente : le malade se rend vaguement compte de ce qu'il se trouve dans une clinique, mais ne peut préciser quel genre d'affection on y soigne.

L'*orientation dans le temps* est très défectueuse : ni le millésime de l'année, ni le mois ne peuvent être fixés, même approximativement. Le patient croit être au 3^e jour de la semaine ; mais lui demande-t-on de préciser, il répond samedi (ce qui est inexact). A d'autres moments, il donne des réponses « à-côté » : il dit par exemple que le second jour de la semaine est décembre.

La *mémoire de fixation* est pour ainsi dire nulle. De courtes phrases ou une série de trois chiffres ne peuvent être répétées. Le malade ne se souvient aucunement des événements récents. Alors qu'il vient d'entrer à la clinique, il prétend y séjourner depuis environ trois mois. Il n'a qu'un souvenir confus du drame qui, en novembre dernier, lui enleva son épouse, malheur dont il semble n'avoir pas conscience. Le plus souvent, en effet, il déclare que sa femme est en bonne santé ; d'autres fois il se demande si elle n'a pas été écrasée par une automobile ; parfois enfin il reconnaît qu'elle est décédée. A de rares intervalles, il semble même que certains détails de ces événements tragiques lui reviennent à l'esprit ; c'est ainsi qu'après

qu'on lui eut demandé de quelle façon sa femme avait trouvé la mort, il s'exclama brusquement : « Nom de D... ! Comment s'appelle cette saloperie ? », puis après avoir fait de réels efforts pour raviver ses souvenirs, il s'écria : « le gaz ! ».

La mémoire des faits anciens est gravement perturbée. Le malade arrive péniblement à dire son âge et l'année de sa naissance. Il se souvient vaguement de la grande guerre, dont il ignore la durée et les dates du début ou de la fin. Il confond la guerre 1914-1918 et l'actuel conflit italo-éthiopien, prétendant, par exemple, que c'est Mussolini qui en 1914 envahit le territoire belge.

Il supplée le plus souvent aux troubles de la mémoire par une certaine *fabulation*. C'est ainsi qu'il déclare bien se souvenir de la guerre de 1923-1924 (?) qui se prolongea pendant 23 à 24 années et au cours de laquelle, étant officier de cavalerie, puis d'artillerie, il livra sur l'Yser (!) beaucoup de batailles à Mussolini, en perdant quelques-unes, en gagnant d'autres. Interrogé sur l'emploi de son temps depuis le moment de son entrée à la clinique, il raconte qu'il s'est beaucoup fatigué la veille en travaillant à boucher un trou dans le plafond du couloir...

Il énonce rarement des *idées de grandeur*, affirmant par exemple que le Roi n'agit jamais sans le consulter.

Son *comportement* dans la salle est très bizarre. Durant la journée, il est assez calme. Chipotant sans but précis à son pyjama ou à ses draps de lit, il soliloque ou fait des gestes stéréotypés : il exécute par exemple des mouvements successifs de pronation et de supination et lorsqu'on lui en demande la raison, il répond qu'il recherche ainsi « si les Turcs sont en guerre avec la France ou avec l'Espagne ».

Ayant perdu tout sentiment de convenance, il crache sur le parquet ou même sur ses draps. Assez irritable, il n'aime pas qu'on le contrarie et menace de frapper les infirmières quand celles-ci veulent l'obliger à rester au lit.

Pendant la nuit, il est assez agité, dormant peu, passant le temps à parler, à chanter ou à siffloter. Tout à fait désorienté, il ne parvient pas à retrouver son lit dans la salle. Gâteux, il s'accroupit au pied du lit pour déféquer et urine contre les murs ou même dans le tiroir de la table de nuit. Il observe fréquemment un dément précoce catatonique qui se tient des heures durant figé au pied de son lit : il l'interpelle et le siffle comme s'il s'adressait à un chien, lui lançant même des morceaux de viande ou de sucre. Lui-même s'alimente avec beaucoup de lenteur, triturant la nourriture pour en faire des boulettes qu'il dépose sur la table, à côté de ses matières fécales auxquelles il fait subir les mêmes manipulations quand l'infirmière ne l'en empêche à temps.

L'anosognosie est totale. Cependant, bien qu'il prétende être en parfaite santé, le malade ne proteste nullement contre l'internement. Se plaignant de douleurs aux jambes, il prétend parfois que celles-ci ont été récemment broyées sous les roues d'une automobile.

EVOLUTION. — L'état pseudo-démientiel que nous venons de décrire demeura identique pendant environ un mois. Puis une amélioration se dessina et évolua si rapidement que 15 à 20 jours plus tard le malade pouvait être considéré comme cliniquement guéri.

L'orientation dans l'espace fut la première à réapparaître. Puis le malade questionna l'entourage pour se mettre au courant de la date actuelle, date qu'il avait d'ailleurs grand'peine à retenir. L'amnésie rétrocedant, il en arriva à se remémorer les circonstances de l'accident initial et même les événements contemporains de la phase intervallaire du mois de décembre.

En ce qui concernait les premières semaines de la rechute, l'amnésie demeura totale, ainsi qu'on pouvait s'y attendre, le malade niant même les troubles du comportement, en particulier le gâtisme. En même temps que les fonctions mnésiques retournaient à la normale, la tendance à la fabulation se dissipait. Les sentiments affectifs se précisaient : le décès de l'épouse affligea le malade qui, d'autre part, s'inquiétait de son propre état de santé.

En fin février, il persistait encore une certaine bradypsychie, une fatigabilité psychique marquée et surtout un déficit de la mémoire de fixation.

Quinze jours plus tard, les dernières séquelles psychiques avaient disparu et le malade reprenait le travail. Quatre mois plus tard, son état de santé était toujours excellent.

Il s'agit en résumé d'un malade de 52 ans ayant été victime d'une grave intoxication oxycarbonée avec coma prolongé pendant 48 heures. Après un intervalle de lucidité de 6 semaines, pendant lequel il ne se plaignit que d'une déficience de la mémoire et d'une fatigabilité rapide, le malade présenta brusquement des troubles psychiques graves d'allure démentielle, avec fabulation. Un mois plus tard, l'amélioration se dessinait ; deux mois après le début de la rechute, le malade, qui paraissait revenu à un état quasi-normal, était autorisé à quitter la clinique. Deux semaines plus tard il était guéri.

Quelle est la pathogénie des psychoses post-intervallaires survenant longtemps après l'intoxication oxycarbonée de laquelle elles sont séparées par une période plus ou moins prolongée de guérison apparente ?

L'hypothèse que l'oxyde de carbone ne ferait que réveiller des tendances psychopathiques latentes est inconciliable avec le fait, cliniquement bien établi, que les troubles mentaux de la psychose post-intervallaire réalisent dans l'immense majorité des cas un tableau clinique si particulier que sa constitution permet à elle seule d'affirmer l'étiologie oxycarbonée du syndrome observé.

La vérification de cette hypothèse, peu vraisemblable, n'aurait d'ailleurs pu être tentée qu'à partir de cas d'intoxication accidentelle et non pas à partir de ceux où l'intoxication est consécutive à une asphyxie volontaire par le gaz ; dans ces derniers, en effet, la victime présente presque toujours, déjà auparavant, une psychose dont la tentative de suicide ne constitue qu'une des manifestations morbides, psychose qui, au sortir du coma, pourra continuer à évoluer comme elle l'eût fait en l'absence de l'intoxication exogène intercurrente.

A la suite de Dominici et Sibelius, certains auteurs américains ont voulu expliquer l'apparition des troubles neuro-psychiques de l'intoxication oxycarbonée par une action directe du toxique sur le parenchyme nerveux. Pour eux, les altérations du psychisme sont consécutives à l'atteinte des neurones encéphaliques et les paresthésies et autres signes neurologiques sont imputables à une polynévrite toxique. Cette hypothèse, l'une des premières qui soit venue à l'esprit des chercheurs du siècle dernier, a été ruinée par les observations des physiologistes : Süpfle (1) entre autres montra le comportement normal des cultures de divers tissus dans une atmosphère à haute concentration en oxyde de carbone.

L'hypothèse d'une action indirecte de l'oxyde de carbone sur l'organisme par l'intermédiaire d'une diminution de la quantité d'hémoglobine n'est guère plus satisfaisante. Naturellement amenée par le fait certain que le pigment respiratoire contracte avec ce gaz une combinaison seize fois plus stable que celle qui la lie à l'oxygène, cette hypothèse qui rapporterait le syndrome mental à une anoxémie persistante est incapable de rendre compte de l'éclosion tardive de la psychose post-intervallaire. En outre, d'autres intoxications, celle au cyanure par exemple, s'accompagnent aussi d'une anoxémie importante sans déterminer des troubles psychiques semblables.

Considérant le *delirium tremens* et d'autres syndromes toxiques où les troubles mentaux apparaissent à un moment où le poison causal a déjà été éliminé de l'organisme, Sibelius s'est demandé si l'éclosion des psychoses post-intervallaires de l'oxycarbonisme n'était pas l'œuvre d'un second agent toxique, né de perturbations métaboliques. Des arguments importants viennent à l'encontre de cette conception. C'est d'abord la durée même de l'intervalle séparant la fin du coma initial de la rechute, durée qui varie de quelques jours à deux mois, ce que ne peut justifier

(1) *Deutsch. Med. Wochenschr.*, 1934, 60, 1263.

un trouble du métabolisme, supposé toujours pareil. C'est ensuite que l'on ne connaît aucun autre poison qui, donné une seule fois à un organisme, puisse déclencher des troubles psychiques par l'intermédiaire d'une altération secondaire du métabolisme, altération qui n'a d'ailleurs jamais été identifiée malgré la multiplicité des recherches poursuivies depuis plus d'un siècle sur toutes les humeurs et à tous les stades de l'affection.

D'autres observateurs ont, de longue date, envisagé la possibilité d'une action indirecte de l'oxyde de carbone par l'intermédiaire du système vasculaire. Cette hypothèse s'appuie sur deux séries de constatations, cliniques d'une part, anatomo-pathologiques d'autre part. Au point de vue clinique, on connaît bien les tendances hémorragiques des individus intoxiqués par l'oxyde de carbone : pendant les mois suivants, on observe fréquemment chez eux des suffusions sanguines sous-cutanées ou muqueuses et des épanchements séro-sanguinolents dans les cavités. En 1858 déjà, Ackermann (1) avait observé chez le lapin trépané une certaine hyperémie des méninges consécutive à l'inhalation d'oxyde de carbone. Des troubles vasomoteurs identiques ont été plus récemment mis en évidence par capillaroscopie. D'autre part, l'examen anatomo-pathologique d'individus ayant succombé aux différents stades de l'intoxication oxycarbonée a mis nettement en évidence des lésions vasculaires tant dans le système nerveux central que dans les autres organes. Dans les cas à décès précoce, on constate à l'autopsie une forte hyperémie du cerveau et des méninges avec stase capillaire. Dans les cas ayant évolué plus longuement, on trouve le plus souvent des hémorragies punctiformes multiples ou même de petits foyers de ramollissement, dont le siège d'élection est au niveau des noyaux caudés, ce qui s'explique vraisemblablement par la pauvreté de la vascularisation de ces territoires nerveux.

Les grandes hémorragies, les ruptures vasculaires sont tout à fait exceptionnelles. L'histologie révèle habituellement l'atteinte prédominante des petits vaisseaux avec altération morphologique des parois et thromboses. Des modifications histologiques identiques peuvent se retrouver au niveau d'autres organes, notamment les reins, les poumons, le myocarde, les muqueuses et la peau.

Ces troubles organiques et fonctionnels du système vasculaire permettent certainement de rendre compte de certains des symptômes observés au cours de l'intoxication par l'oxyde de carbone.

(1) *Virchow's Arch.*, 1858, 15, 401.

Le mécanisme pathogénique des paresthésies, des céphalées, des vertiges, des bourdonnements d'oreille et des troubles oculaires serait ainsi identique à celui que l'on invoque à l'origine des symptômes semblables du stade initial de l'artério-sclérose cérébrale, de la syphilis cérébrale ou de la simple migraine.

Mais l'hypothèse d'un trouble intermédiaire du système vasculaire ne permet pas d'interpréter de façon rationnelle les caractéristiques de la psychose post-intervallaire de l'oxycarbonisme. Comment se représenter en effet qu'un syndrome mental déterminé par un spasme artériel passager puisse se maintenir identique à lui-même pendant des semaines ? Et si l'on admet avec Sibelius que les troubles, fonctionnels ou organiques, des vaisseaux cérébraux puissent créer à la longue, comme c'est le cas dans la démence artério-scléreuse, des lésions morphologiquement décelables du parenchyme nerveux — fait qui n'est histologiquement pas contestable — comment est-il possible d'entrevoir une corrélation entre une altération anatomique indélébile et un syndrome psychique passager et curable ? Il ne nous paraît donc pas possible d'imputer à une modification fonctionnelle ou organique du seul système vasculaire cérébral l'éclosion des troubles mentaux passagers de la phase post-intervallaire de l'intoxication oxycarbonée.

Il semble également difficile de partager une autre hypothèse émise par Sibelius et d'après laquelle les modifications intermittentes de la circulation au niveau des centres nerveux seraient cause d'une élimination insuffisante des métabolites cérébraux. Cette hypothèse, qui a le mérite de ne pas mettre en cause un agent inconnu né de l'action de l'oxyde de carbone sur l'organisme, est cependant peu vraisemblable ; elle est surtout peu compatible avec certaines caractéristiques cliniques de la psychose post-intervallaire, telles son début brusque, l'acuité d'emblée maximale des symptômes psychiques et neurologiques, la longue persistance de ceux-ci et enfin la tendance lentement progressive à l'amélioration.

Aucune de ces théories pathogéniques ne pouvant expliquer de façon satisfaisante, à notre avis, les caractéristiques cliniques de la psychose post-intervallaire, nous nous sommes demandé si l'on ne pouvait pas incriminer dans leur déterminisme un autre élément : l'existence d'hémorragies méningées.

Ainsi que nous l'avons déjà signalé, les tendances hémorragiques de l'oxycarbonisme se manifestent assez souvent par des suffusions sanguines sous-cutanées ou muqueuses. D'autre part, les hémorragies méningées sont fréquemment retrouvées à l'au-

topsie de sujets décédés à la suite d'une intoxication par l'oxyde de carbone. Du point de vue clinique cependant, l'existence de globules rouges dans le liquide céphalo-rachidien n'a été que rarement signalée ; mais il faut reconnaître que les ponctions lombaires n'ont pas été régulièrement pratiquées et que les auteurs joignent rarement à la description des cas un protocole d'analyse du liquide céphalo-rachidien.

En ce qui concerne notre cas, une question préalable se pose : pouvons-nous ici parler d'hémorragie méningée ? Nous pensons que oui pour plusieurs raisons. Bien que le liquide céphalo-rachidien eût un aspect limpide, non xanthochromique, son examen cytologique mit en évidence, à côté d'un leucocyte, quatre érythrocytes par millimètre cube à la première ponction lombaire et un à la seconde. Or, nos rachicentèses ont été pratiquées avec la plus grande aisance sur un malade stuporeux et les érythrocytes se trouvaient uniformément répartis dans tout le liquide prélevé, les premières gouttes en contenant la même quantité que les dernières. Remarquons aussi que la première ponction lombaire a été pratiquée une huitaine de jours après l'éclosion brusque des troubles mentaux de la psychose post-intervallaire à un moment où une grande partie de l'exsudat avait peut-être déjà été résorbée. D'ailleurs, la simple présence, même en très petit nombre, de globules rouges dans le liquide céphalo-rachidien — pourvu qu'on puisse s'assurer, comme nous avons pu le faire, qu'ils n'y ont pas été introduits accidentellement au cours de la rachicentèse — impose, à notre avis, le diagnostic d'hémorragie des vaisseaux des méninges ou du parenchyme nerveux.

Nous considérons comme infiniment probable, malgré le petit nombre d'érythrocytes retrouvés à l'examen microscopique du liquide céphalo-rachidien, que notre malade a présenté au cours de l'évolution de l'oxycarbonisme une hémorragie méningée.

Dès lors, on peut mieux concevoir le mécanisme pathogénique des psychoses post-intervallaires et autres accidents neurologiques tardifs de l'oxycarbonisme. On peut en effet supposer que l'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone crée, peut-être par l'intermédiaire de lésions des vasomoteurs — qui ont été décrites par plusieurs anatomopathologistes — un déséquilibre de la circulation sanguine avec spasmes artérioliques et stases capillaires. Ces accidents vasculaires sont vraisemblablement responsables des troubles divers des suites immédiates de l'intoxication aiguë ainsi que des manifestations morbides de la phase intervallaire : vertiges, céphalalgies, bourdonnements d'oreilles,

paresthésies, douleurs rhumatoïdes fugaces. Leur répétition, en favorisant la production de lésions au niveau des parois des artérioles et des capillaires, peut entraîner à la longue une brusque hémorragie, soit par rupture vasculaire — ce qui est vraisemblablement exceptionnel — soit le plus souvent par diapédèse dans un territoire de stase ou de spasme.

Cette hypothèse pathogénique nous paraît rendre particulièrement bien compte des caractéristiques cliniques du syndrome neuropsychique de la phase post-intervallaire : début brusque, acuité d'emblée maximale des symptômes observés, persistance de ceux-ci pendant une durée de quelques semaines, amélioration lente et progressive aboutissant généralement à une guérison intégrale, possibilité de rechutes identiques.

Quoi qu'il en soit, nous espérons que l'hypothèse que nous proposons aura le mérite d'inviter les cliniciens à pratiquer plus régulièrement un examen du liquide céphalo-rachidien dans les cas d'intoxication oxycarbonée. Cela seul nous permettra de trancher cette question, non seulement très intéressante, mais aussi fort importante pour la pathologie générale du système nerveux central et le mécanisme pathogénique de l'éclosion de certaines psychoses.

CULTURE ET PSYCHOPATHOLOGIE

PAR

CASIMIR WIZE (de Dziekanka)

Il s'agit ici du rôle que jouent les idées schizophrènes (les images paranoïaques et paraphrènes, Mayer-Gross) ou en général les états psychopathologiques dans l'évolution de la culture. Nous tenterons de donner une brève antithèse de la confrontation des idées psychopathologiques avec la mentalité primitive (1).

La mentalité primitive dépend du subconscient, de ce qui est pour l'homme culturel un « hypophénomène » ou de ce qui est « prélogique » dans la conception de Lévy-Bruhl, tandis que l'évolution progressive de la culture est basée sur le « superconscient », sur ce qui est, à un certain degré, un synonyme du « subconscient sociologique » de Lévy-Valensi. Ce superconscient est au delà peut-être aussi parent de l'idée de « l'objectivisation sociale et intentionnelle » de Janet, ainsi que du « sens inexact de l'interpsychologie » de Logre (2). C'est un « hyperphénomène » vis-à-vis du subconscient, comme « hypophénomène », et aussi vis-à-vis du conscient, comme phénomène.

On peut, en considérant « l'hyperphénoménal » et en l'opposant à la « psychologie en profondeur » (3) parler aussi d'une « psychologie des cimes ». Il y a certainement :

1) une « psychologie abyssale », psychologie de la « bathysphère »,

mais aussi :

2) une « psychologie de la planisphère », la psychologie du conscient,

(1) LÉVY-VALENSI — Mentalité primitive et psychopathologie. *Annales Médico-Psychologiques*, 1934, p. 676.

(2) PAUL SCHIFF. — L'évolution des idées sur la folie de persécution. *L'Hygiène mentale*, mai 1935.

(3) PAUL SCHIFF. — *Loc. cit.*

et encore :

3) une « psychologie de la stratosphère » ou même une psychologie « hypergalactique ».

C'est peut-être dans ce sens que Minkowski prétend que « notre propre *moi* nous impose l'aspiration à la fusion avec l'univers » ce qu'il appelle le « conflit cosmique » (1).

Pour la psychologie abyssale, nous aurions un mot d'ordre dans « sentio, ergo sum », pour la psychologie consciente dans « cogito, ergo sum », et enfin pour la psychologie « cosmique ou hypergalactique » dans « divino, ergo sum ».

Il faut, en un mot, dans une psychologie générale, compter avec des « étages ». Or, il n'y a pas une psychologie unique, celle du conscient, mais plusieurs psychologies, ou par conséquent du moins, une « psychologie étagée » (2), comme nous avons déjà depuis Plotin aussi des catégories étagées dans un certain sens et depuis Emile Lask une logique « étagée » (3). Il y a en outre « les mathématiques » et non pas une seule mathématique, et par conséquent aussi à un certain degré, une « mathématique étagée ».

Ce n'est pas la « psychologie abyssale » qui seule doit respecter les éléments paranoïaques (Tanzi et l'école italienne), schizophréniques (Schilder, Storch, Wilhelm, Langelüdeke) et ceux de la « psychoneurose obsessionnelle (Jung, Freud, e. a.), mais aussi la psychologie des cimes.

Les dits phénomènes psychopathologiques s'étalent sur les trois domaines psychiques que Wundt prend en considération dans sa psychologie sociologique (Völkerpsychologie), le domaine 1) de la langue, 2) des arts et 3) celui des mœurs avec la religion.

*
**

1) La langue, dans sa synthèse du suffixe avec le préfixe des mots indo-européens, donne une construction naturelle qui ressemble à la double nomenclature artificielle de Linné (4). C'est le préfixe qui répond à la signification de l'espèce, c'est le

(1) *L'Evolution psychiatrique*, 1934, fasc. 3.

(2) P. SCHIFF. — *Loc. cit.*

(3) *Logik niederer und höherer « Stockwerke »*. *Die Logik der Philosophie und die Kategorienlehre*. Tübingen, 1911.

(4) ROZWADOWSKI. — *Wortbildung u. Wortbedeutung*, Heidelberg, p. 27. — VOSSLER. — *Sprache als Schöpfung und Entwicklung*, p. 115.

suffixe qui est en rapport de conformité avec le nom du genre, une proportion qui se répète entre le prénom et le nom de famille. Le malade plus ou moins paranoïaque ou schizophrène suit la voie de l'évolution des mots indo-européens dans ses élaborations logolatriques (1). Il respecte non seulement l'égalité des suffixes, mais aussi la rime qui a sa source dans la même tendance.

La forme de la langue et la force magique des paroles singulières dominent les idées des malades ainsi que celles des esprits initiateurs de l'humanité. Là s'étend le royaume non seulement de « la parole qui devient le corps », comme dans l'évangile de saint Jean et dans la doctrine du logos de la philosophie grecque (2), mais aussi le royaume de la lettre isolée ou de chaque syllabe dont parlent Origène, Chrysostome et Tertullien (3).

Le malade B. S..., aliéné à Dziekanka près de Gniezno, qui note ses impressions quotidiennes, écrit les mots sur la grandeur et sur les compétences de Dieu et aussi sur les mystères théologiques, grande lettre par grande lettre. Cette façon d'écrire du malade correspond à la « constellation prométhéenne », ainsi nommée par Henry Starr, qu'inspirait la lecture des œuvres classiques et païennes ou celle du *Prométhée* de Shelley. Le chrétien parlerait ici, sous l'influence de l'Ancien Testament, d'une « constellation de l'archange Michel », ou de « celle d'Abel, fils d'Adam ». Il suivrait la voie d'un autre poète anglais : *Milton*.

Dans son contenu, la langue est à la base de la pensée logique. Ce qui est paranoïaque et schizophrène ou obsessionnel dans la logique, c'est par exemple la croyance que la logique peut surmonter l'état hypothétique et fictif de notre connaissance, fait qui fut combattu dans la philosophie surtout par Poincaré en France et par Vaihinger en Allemagne, dans les mathématiques par Poincaré, Vaihinger Young, Whitehead, en psychiatrie par Auguste Marie et par Kronfeld. La croyance paranoïaque en une logique qui peut exister hors de l'expérience triomphe dans la philosophie depuis Kant et Bolzano jusqu'aux logiciens de nos jours, combattant le « psychologisme ». La croyance en une mathématique et une logique mathématique qui puissent se restreindre à un nombre minime de thèses fondamentales, comme dans les doctrines de Péano, toutes ces idées plus ou moins

(1) LÉVY-VALENSI. — *Loc. cit.*

(2) HEINZE. — *Die Lehre vom Logos in der griechischen Philosophie*, 1872.

(3) LÉVY-VALENSI. — *Loc. cit.*

obsessionnelles complètent le tableau de ce qui se passe entre les esprits de l'humanité.

La sûreté arbitrale des rationalistes et de quelques logiciens qui depuis l'antiquité ont à maintes reprises ressuscité les écoles pathétiques et scholastiques, ne diffère point de la sûreté des schizophrènes paranoïaques. Elle dut être combattue par les empiristes sincères et vigilants, tâche qui surpasse quelquefois tous les efforts d'Hercule avec ses douze œuvres périlleuses.

Un malade J. C..., de Dziekanka édicte ses décrets, auxquels il croit avec une foi irréfutable et intransigeante. La malade M.-H. Fl... fait de même, mais avec un calme doux et spirituel et une clémence sans bornes fixant ses beaux yeux bruns sur l'interlocuteur. Elle détrône tout, même Dieu, mais surtout le gouvernement et la police. Ils n'existent plus. Innombrables sont, en général, les malades qui prononcent des verdicts exprimés par des symboles, rappelant ceux des sorciers ou de certains hommes de science dans leur pédantisme (1).

Les néologismes superflus de nos malades sont analogues aux néologismes de la vie scientifique et sociale et même industrielle. Ainsi, nous savons très bien, et Goethe nous l'a dit: « A qui manque l'idée, à celui-là s'offre un mot savant ». Pour un malade, il est facile de trouver ce mot, pour le vrai savant qui s'occupe de l'évolution des idées, c'est quelquefois difficile.

De même qu'il y a chez les aliénés, surtout chez les paranoïaques obsédés des tendances à une langue internationale, prononcée ou écrite, nous connaissons les mêmes tendances dans la construction des langues artificielles des savants, depuis Leibnitz jusqu'à Zamenhof.

Une malade H. Sc... à Dziekanka est l'auteur d'une langue tout à fait artificielle, avec une déclinaison et une conjugaison originales :

Ott Mettmä : la mère,
 Tru Mettmä : de la mère,
 Ott Moitmä : les mères,
 Uf Moitmät : aux mères, etc...

Elle a même construit une écriture originale :

Regarde / le \ développement / du — sapin √.
 Regarde / le \ cœur — martyrisé —.

La malade s'oriente dans cette écriture avec une facilité qu'elle doit à un long exercice.

(1) WIZE. — Pathographie von zwei. sch. Fr. *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, 1935, p. 270.

2) A côté de la langue et de la science, c'est l'art qui appartient au domaine de la psychologie sociologique. Il est, comme expression psychique, apparenté à la langue. Mais, tandis que la langue scientifique tend à atteindre une clarté exacte de l'idée, à une totalité du savoir humain, et tandis qu'elle sert à une instruction parfaite, la langue de l'art, l'art comme expression, est un jeu psychique dans les conceptions des philosophes depuis Platon, Cicéron, Thomas d'Aquin, jusqu'à l'abbé Jean-Baptiste Dubos et ses successeurs, parmi lesquels il faut noter aussi Guyau avec sa définition du beau, du contenu de l'art, comme « plaisir par la conscience rapide » d'une « stimulation générale », ce qui est conforme à une définition du jeu psychique, quoi qu'en ait pensé Guyau lui-même.

La liberté du jeu psychique, exercée par l'art, permet les combinaisons les plus inattendues.

Ce n'est pas la vérité scientifique, du moins la vérité fortuite qui triomphe dans l'art, mais la vérité poétique qui était déjà pour Aristote plus philosophique que la vérité historique.

La liberté du jeu psychique rapproche l'art, surtout dans les temps modernes, de l'art des schizophrènes, des paranoïaques, etc. (1).

Il y avait et il y a beaucoup de psychopathes parmi les poètes et les artistes (2).

La force magique des rimes et du rythme, reconnue parmi les schizophrènes et les paranoïaques, règne dans l'art avec une souveraineté irrésistible.

« L'idée force » (Fouillée) qui gît dans le mot, dans les lignes rythmiques, persévère et revit, même endormie, de temps en temps, avec la vitalité toujours nouvelle du phénix, de l'oiseau fabuleux, ce que savent les paranoïaques malheureux, ainsi que les hommes de génie, précurseurs et prophétiques.

L'art englobe tous les mots d'ordre de l'humanité.

3) Les mœurs et la religion forment le troisième groupe des hyperphénomènes de la psychologie des peuples. C'est encore là que règnent les idées schizophrènes et paranoïaques. Que l'homme de science se présente donc avec ses arguments les plus fondés et le plus approfondis ! Tout fait naufrage auprès de la plus profonde vérité d'un Tertullien : « Credibile est, quia ineptum

(1) LÉVY-SUHL. — Neue Wege der Psychiatrie. *Prinzhorn. Bildnerie der Geisteskranken.*

(2) Victor WEIGERT. — Les principes méthodologiques des études pathologiques. *L'Hygiène mentale*, XXVIII, 1933, p. 173. — Marie BONAPARTE. — La structure psychique d'Edgar Poë. *L'Hygiène mentale*, XVIII, 1935, p. 195.

est » ou « Certum est, quia impossibile est ». Ce n'est pas la « logique du continu », des syllogismes, des causes et de leurs effets qui triomphe, mais la discontinuité des faits imprévus (1). La « logique de l'histoire » est une idée aussi fausse, aussi énigmatique que l'idée de la « vérité historique ». Tout le rationalisme, toute la sincérité sceptique sont, pour le croyant, aussi ridicules que le rôle du « proctophantasmiste » dans le *Faust* de Goethe.

Les poètes et les artistes allemands, quoique protestants, célèbrent la Sainte-Vierge, comme Goethe à la fin de *Faust*. C'est Wagner qui, dans *Parsifal*, donne une glorification des idées catholiques.

Qui connaît à fond l'importance hors de pair des idées les plus fictives comprendra non seulement le mieux l'état de nos schizophrènes et de nos paranoïaques, celui de tous ces « fils de Dieu », « empereurs du monde entier », mais il ne protestera pas non plus contre une conception paradoxale d'une humanité schizophrène marchant vers l'avenir.

Un malade J. K... prétend qu'il est « Kopernik » de « Sonnenburg-Frauenstadt » (?), et en même temps « fils de Dieu », chassé du ciel par Satan. Ce « Kopernik » aurait « édifié » de grandes machines et installations, mais surtout le soleil.

*
**

Nous le voyons, il n'était pas difficile de démontrer que beaucoup des « idées-forces » de l'humanité nous rappellent les idées auxquelles s'attachent nos malades schizophrènes et paranoïaques, les idées qui font à la fois leur malheur et leur bonheur. La culture et la psychopathologie établissent quelquefois une proportion qui nous permet de voir en elles l'exemple d'une nouvelle « cōincidentia oppositorum » selon la conception de Nicolas de Cues.

Pour l'hygiène mentale, il s'ensuit qu'il serait dangereux de poursuivre une stérilisation rigoureuse des schizophrènes et de maints psychopathes. Il est des familles schizophréniques et psychopathiques qui engendrent des génies, quelquefois bienfaiteurs de l'humanité.

Dziekanka, 27 décembre 1935.

(1) Lloyd MORGAN. — « Emergent evolution. »

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 12 Novembre 1936

Présidence : M. VURPAS, président

PRÉSENTATIONS

Automatisme ambulatoire épileptique avec exhibitionnisme, sans concomitants convulsifs, par MM. L. MARCHAND, J. GOLSE et J. DELMOND.

Dans un récent mémoire, l'un de nous (1) a insisté sur le fait que les accidents d'automatisme ambulatoire, de nature épileptique, pouvaient survenir en l'absence d'accidents convulsifs classiques ou bien chez des sujets dont l'épilepsie avait été jusqu'alors complètement ignorée. Ces accidents peuvent s'accompagner d'actes médico-légaux et leur appréciation, en pratique civile comme devant les tribunaux militaires, peut être très délicate. Nous rapportons l'exemple suivant :

OBSERVATION. — B..., âgé de 35 ans, est interné à la suite d'une expertise médico-légale suivie d'une décision judiciaire de non-lieu.

Les antécédents héréditaires de B... sont entièrement négatifs ; par contre, le frère du malade fut atteint, de 4 ans à 12 ans, de crises convulsives toniques avec spasmes oculogyres, susceptibles de se grouper parfois en petits états de mal.

(1) L. MARCHAND. — L'automatisme ambulatoire épileptique. (*Ann. Méd. Psych.*, 1933, t. II, p. 609).

De même, dans les antécédents du malade, on relève, après une naissance et une première enfance entièrement normales, des convulsions infantiles attribuées à l'helminthiase, qui apparurent à l'âge de 3 ans, pour disparaître à 10 ans. Ces crises étaient précédées d'une sensation de gêne, de fatigue et s'accompagnaient d'obnubilation, mais non de morsure de la langue, ni d'émission d'urine.

A l'âge de 18 ans, B... est atteint d'une typhoïde extrêmement grave, à forme ataxo-adyynamique, avec signes méningés et délire violent. Cette typhoïde, prolongée par des rechutes et des complications (broncho-pneumonie), entraîne un état maladif pendant une année.

Trois ou quatre mois après cette fièvre typhoïde, B... présente une crise d'épilepsie avec chute, convulsions et morsure de la langue. Cette crise sera la seule de toute l'histoire de la maladie.

Pendant les mois suivants, le malade souffrit de vertiges très accentués, survenant particulièrement lorsqu'il se trouvait dans un véhicule.

B... fut alors ajourné, puis reconnu bon pour le service militaire. La vaccination au T.A.B. déclencha une violente réaction à 40° avec délire. Par la suite, son service militaire se passa sans incident.

Enfin, à l'âge de 26 ans, le malade, alors au Sénégal, fut atteint de paludisme et traité par la quinine. Il a encore actuellement des accès fébriles trois ou quatre fois par an.

On ne note aucun antécédent spécifique.

En 1927, à l'âge de 24 ans, survient la première fugue, qui eut une durée de 18 heures. Ces accès d'automatisme ambulateur se répètent en moyenne trois ou quatre fois par an, et tendent à s'allonger ; les derniers ont duré deux ou trois jours.

Ils présentent tous les mêmes caractères : début soudain, sans aucun signe prémonitoire ; déambulation à pied. Le malade ne peut dire où il va, où il couche, mais quand il reprend conscience, ses vêtements sont très sales. Il ne mange pas, il retrouve intact l'argent qu'il avait sur lui avant de perdre conscience.

A deux reprises, le malade fut rencontré par des amis au cours de ses accès d'automatisme ambulateur ; il ne les a pas reconnus. Une première fois, c'était dans le métro ; il avait l'air endormi ; la seconde fois, B... marchait droit devant lui sans prêter attention à personne.

La direction de ces accès d'automatisme ambulateur semble être déterminée par une idée prévalente : le malade va toujours dans un quartier où habite un de ses débiteurs ; il rôde autour de l'immeuble, mais n'y pénètre jamais et continue sa marche.

Après la fugue, le malade éprouve une grande fatigue, de l'abattement, une faim dévorante, une envie de dormir irrésistible.

L'amnésie est complète, totale, et B..., malgré ses efforts, ne peut se rappeler aucune des circonstances de ces accès.

En avril dernier, au cours d'un accès d'automatisme ambulateur, le malade fut arrêté pour « outrage public à la pudeur », alors qu'il urinait le long d'une barrière, à 7 heures et demie du matin, à Auteuil.

L'arrestation, le séjour au poste de police, ne laissèrent aucune trace dans la mémoire du malade, qui ne reprit conscience que dans le taxi qui le ramenait, couvert d'ecchymoses, à son domicile, vers 4 heures de l'après-midi. Peu de jours après, le malade fut conduit à la Santé aux fins d'expertise médicale, qui conclut à la non-responsabilité et à son placement dans un asile.

Le 17 mai 1936, il entre à l'asile Sainte-Anne. Le certificat d'entrée est ainsi conçu : « Est atteint d'épilepsie, absences, automatisme ambulatoire, amnésie complète de l'acte : outrage public à la pudeur. Excès éthyliques. Interné, suite de non-lieu. A maintenir. »

L'intégrité du fonds mental semble complète ; le malade a passé avec succès le certificat d'études à 11 ans ; a poussé ses études jusqu'au brevet et est parvenu à monter une entreprise prospère, qu'il a dirigée jusqu'au moment de son arrestation.

L'appoint éthylique dans la pathogénie des accidents n'est pas douteux : on note du tremblement digital et lingual, une diminution légère du volume du foie ; enfin, le malade avoue boire un litre de vin par repas, avec parfois un litre dans l'intervalle et trois ou quatre apéritifs.

Les réflexes tendineux sont vifs ; pas de clonus, ni de signe de Babinski. Les réflexes photo-moteurs sont normaux. Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

Depuis son entrée dans le service, B... n'a présenté aucun trouble épileptique.

L'intérêt de ce cas repose sur ce fait que notre sujet ne présente depuis neuf ans que des accès d'automatisme ambulatoire présentant nettement les caractères comitiaux : début soudain, actes automatiques, amnésie consécutive. Son comportement au cours des fugues fut assez coordonné pour ne pas attirer l'attention sur lui et ce n'est qu'à son dernier accès qu'il fut arrêté pour outrage public à la pudeur.

Ces accidents, par leur seul caractère, autorisent le diagnostic ferme d'épilepsie psychique, que viennent encore confirmer les accidents convulsifs du jeune âge et la crise convulsive, nettement épileptique, survenue il y a seize ans, trois mois après une fièvre typhoïde grave.

A ce propos, on pourrait admettre que celle-ci ait été le facteur déclenchant de l'épilepsie. On sait que l'encéphalite typhique peut déterminer des séquelles comitiales. Toutefois, étant donné les antécédents convulsifs du malade, il semble que la dothiéntérie n'ait fait que réveiller une épilepsie latente. Dans le même ordre d'idée, nous attribuons également une grande importance pathogénique au paludisme et surtout aux excès éthyliques avoués. La suspension de tout accident, depuis six mois que le

malade est interné et soumis à un régime de désintoxication, vient à l'appui de cette opinion.

Nous tenons enfin à soulever une question qui intéresse particulièrement les médecins militaires. B. est réserviste et va être appelé à accomplir une période. Ses accès d'automatisme ambulatoire peuvent être cause de peines disciplinaires. Il convient donc d'insister sur le fait que ces accidents psychiques peuvent être la seule manifestation d'une épilepsie certaine et que leur constatation doit entraîner la réforme.

M. RAYNEAU. — J'ai observé le même syndrome de fugues chez deux alcooliques. Chez l'un, ouvrier agricole, ce fut à la suite d'un commencement d'insolation en plein été qu'il s'en alla à 40 kilomètres de là, n'ayant gardé aucun souvenir de sa randonnée. Chez l'autre, terrassier, qui buvait énormément, c'est un beau matin qu'il partit au hasard, et qu'il fut arrêté en état de confusion dans une gare lointaine, ne se souvenant de rien.

Vagabondage avec condamnations ; psychose paranoïde, par MM. J. DELMOND et J. GOLSE, internes des Asiles de la Seine (Travail du service de M. le Dr Marchand).

Les *aliénés migrants* nous sont donnés depuis Foville comme des hallucinés, persécutés fuyant leurs ennemis, ou mégalomanes qui s'expatrient. Dans le groupe médico-légal des vagabonds, de nombreux auteurs, en particulier Wahl (1), Lévy-Valensi et ses collaborateurs (2), ont isolé des cas spéciaux, ressortissant en général au déséquilibre. Tout de même que pour les fugues étudiées par Ducosté (3), certains cas forment une transition, dont l'appréciation peut être difficile, avec des formes mixtes ou atypiques de démence précoce. Sur 127 vagabonds soumis à son examen, Wilmanns (4) découvrit 66 déments précoces. Il ne s'agissait pas de fugeurs, mais d'individus vivant habituellement en état de vagabondage et de gueuserie. 52 d'entre eux totalisaient à eux seuls 1.833 condamnations de simple police ou de correctionnelle. Dans le même groupe d'affections, certaines psychoses

(1) Obs. I de WAHL. (*Ann. Méd. Psych.*, t. XVIII, 1903, p. 425).

(2) LÉVY-VALENSI, J. BOREL et Mlle DEROMBES. — Deux cas d'aliénés migrants. (*Ann. Méd. Psych.*, 1935, t. I, p. 634, obs. II).

(3) DUCOSTÉ. — Les fugues dans la démence précoce. (*Encéphale*, 1906, p. 579).

(4) WILMANN, KARL. — *Psychopathologie des Landstreichers*. (Leipzig, J.-A. Barth, 1906).

paranoïdes, où les malades conservent, des années durant, leur intégrité intellectuelle, peuvent entraîner le vagabondage, sans que la condition morbide qui le détermine soit soupçonnée des juges du fait. Le cas que nous présentons en est un exemple :

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Noël-Albert, âgé de 35 ans, fut arrêté puis interné le 24 août 1936, à la suite d'une tentative de suicide par submersion.

Récit de l'acte. — « Je me suis jeté dans le canal au pont de Saint-Denis, j'ai pris soin que ce soit à côté d'un pêcheur. Quelque chose me disait : « Si la mort veut de toi, tu iras. » Je ne sais pas nager, je suis remonté trois fois à la surface. On m'a retiré avec un piquet. Avant de me jeter, je savais qu'il savait que je me jetterais à l'eau, puisque je l'avais pensé. » Il aurait accompli d'autres simulacres de suicide, dont il dit simplement : « J'ai voulu démarquer une limite... »

Examen somatique. — On note l'insénescence précoce du malade, son épuisement physique, avec malpropreté extrême, phtiriose. Il présente un tremblement très marqué des extrémités, les réflexes tendineux sont vifs, les pupilles sont légèrement déformées et ne tiennent pas la contraction à la lumière. Sérologie négative.

Curriculum vitæ. — Quatrième né de sept frères et sœurs, tous bien portants. Aucune hérédité psychopathique. On signale simplement de fortes céphalées vers 12 ans. Il fut un enfant « nerveux » et n'obtint pas son certificat d'études. Il fit plus tard son service militaire sans incidents et se maria à 22 ans. Il eut 2 enfants, mais des « divergences de vues » séparèrent les époux qui obtinrent le divorce en 1926. Il se maria une 2^e fois en 1927 et eut 3 autres enfants. Il avait été successivement manoeuvre, lamineur, puis maçon à Paris. En 1926 et 1927, il fit plusieurs chutes d'échafaudages, sans perte de connaissance ; l'une d'elles motiva une ponction lombaire à l'hôpital Laënnec. Il buvait en moyenne un litre de vin par jour, mais ne semble pas avoir fait d'excès alcooliques.

Dès 1929 se manifestent des dispositions migratrices nouvelles. Il va s'engager ça et là comme ouvrier agricole, suivi de sa femme jusqu'en 1930, puis seul, abandonnant femme et enfants, dont il n'a plus de nouvelles depuis 1933. Il voyait une fois par an une sœur qui lui changeait ses hardes. Il évitait la société des trimardeurs et ne se livrait pas au vol. Il étudiait « la végétation, les bêtes », s'entourait d'animaux, étaient parfois suivi de huit chiens pendant plusieurs jours. Ce vagabondage durait depuis sept ans, au cours desquels il a parcouru à peu près toute la France, sauf l'Est et la Bretagne.

Condition juridique. — Il fut condamné pour vagabondage dès 1930 à Nevers, puis, entre autres, à Auch, à huit jours de prison sans sursis, en 1933 accomplit plusieurs fois de la prison préventive. Des

idées de persécution étaient apparues en 1936, lorsqu'il fut condamné à Carpentras : à la prison, on faisait du bruit « pour qu'il devienne fou ». Arrêté encore à Versailles, il fut de nouveau condamné à 15 jours de prison et était libéré depuis peu lorsqu'il effectua sa tentative de noyade.

Le langage de ce malade est marqué d'un *hermétisme* très spécial : « On a le droit de me croire et de faire ce que je dis autant que possible puisqu'il est dit dans la loi que si je réclame d'aller chez moi cela m'appartient... Je ne veux pas que ma conscience serve d'atout révolutionnaire... Si j'étais libre, je ferais le tour d'Europe. J'ai des données, je ne fais jamais beaucoup de prévisions, j'accomplis mon idée. Ou alors je suis neutre en volonté de faire quoi que ce soit, je me rends neutre. Mais c'est un état léthargique mental que je me caserne. » On relève de nombreux paralogismes : « Depuis 15 jours qu'on veut *m'ondoyer* de force, je ne mange que du pain... Je voulais faire comme D..., herboriste à M..., qui est magicien ; c'est un *mannequin*, il suggère les gens. »

Sa pensée est un assemblage bizarre de superstitions, de principes et de sentiments généreux. « Ma philosophie, c'est de vivre des connaissances de la nature, dans l'indépendance. Je capte les ondes dans les bois, c'est comme un délassement que j'éprouve. C'est l'amour de la nature qui me faisait voyager. Parfois je me déplaçais pour manger. Je m'occupe de magie depuis 6 ou 7 ans. Les choses viennent à moi. Je fais cabrer les chevaux à distance. Je sais comment trouver des sources de minerai de fer, ce qui est mon secret. Je mets des feuilles de chêne dans mon vin ; le tonnerre tombe sur un chêne : pour tuer le vin, je mets des feuilles de chêne. J'ai un chien qui a des dons comme un magicien. On devine qu'il vous cause, on connaît sa douleur ; il a de l'influence sur les hommes. Ce chien m'a développé ; ses yeux changeaient de lumière, ils devenaient verts, rouges ou bleus. Il mange dans la pâture. Il broutait comme une chèvre. Je lui faisais m'indiquer ma route... »

Evolution. — Depuis un an et demi, le malade a pris vivement conscience de sentiments d'hostilité à son égard, de la part des humains en général ; il est « bridé de partout », il est « au régime patience » ; il communique de plus en plus avec la pensée d'autrui et cette activité prend la forme d'une conversation hallucinatoire, d'intuitions sur la pensée des chefs d'Etat, etc... On note des troubles cénesthésiques, des hallucinations auditives, souvent incohérentes, des idées hypocondriaques, d'empoisonnement entraînant des restrictions alimentaires. Il interprète rétrospectivement les souvenirs de son enfance et il a édifié un vaste délire fantastique. Le diagnostic fait à l'Infirmierie Spéciale de la Préfecture de Police fut : Psychose hallucinatoire, de forme paranoïde.

Les hallucinations et les persécutions, récemment éprouvées par notre malade, ne sont pas la cause de ses longues pérégrina-

tions, qu'inspirait un désir de vivre conformément à une doctrine « naturiste ». Tout son délire consistait, au début, dans un ensemble d'idées et de principes autodidactiques (animisme naïf, sentiments zoophiles, amour de la nature), coordonnés en un système assez bien lié, d'apparences logiquement acceptables, et qui l'a conduit à une sorte de *vagabondage philosophique*. Il a pu vivre ainsi, dans une communion devenue universelle (dans une progressive dépersonnalisation), jusqu'à une période avancée de la dissociation et de la dégradation intellectuelle, période pendant laquelle il a encore subi deux condamnations.

Les mères, bourreaux de leurs enfants, reconnues aliénées,
par MM. ROGUES de FURSAC, X. ABÉLY, FRÉTET et RALU.

Depuis quelques mois, nous avons remarqué, dans nos services de femmes, l'entrée d'un nombre exceptionnel de malades ayant maltraité leurs enfants. Ces aliénés appartenaient aux catégories les plus diverses. Aussi bien il n'est pas dans notre intention d'examiner les modifications du sentiment maternel dans la série des maladies mentales. Il y aurait là une étude fort intéressante non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue pathogénique, médico-légal et social. Notre but a été plus restreint. Nous avons éliminé toutes les psychopathies typiques qui, parvenues à leur période d'état, étaient devenues évidentes. C'est avec regret que nous avons laissé de côté quelques descriptions pittoresques chez des délirantes chroniques ou des démentes précoces : tel le cas de cette persécutée devenue cruellement jalouse de sa petite fille ou celui de cette démente paranoïde qui imposait à son fils, en même temps qu'une alimentation bizarre et restreinte, toute une série de rites magiques fatigants, et avait fait de cet enfant un véritable avorton physique et intellectuel. Nous avons retenu seulement les observations dans lesquelles le trouble mental était relativement peu marqué, révélé par les sévices infligés à l'enfant et où l'irresponsabilité même du malade aurait pu être discutée par certains. C'est la recrudescence spéciale de ces cas qui nous avait surtout frappés. L'explication nous en paraît d'ailleurs simple. Le problème de l'enfance malheureuse est devenu une question d'actualité sociale. Les campagnes des journaux ont attiré l'attention et la sollicitude du public sur ces drames familiaux qui passaient autrefois plus facilement inaperçus. Les malades que nous vous présentons ont été dénoncées

ou arrêtées pour mauvais traitements à leurs enfants. Des poursuites judiciaires ont été entreprises ou amorcées contre quelques-unes. Leur examen mental a été pratiqué à l'occasion de ces dénonciations ou de ces poursuites. C'est là d'ailleurs la seule unité de notre présentation. Elle ne représente qu'un défilé purement clinique de cas variés, sans prétention synthétique. Nous en avons choisi quatre, pris parmi les formes les plus différentes.

Nous pouvons noter cependant quelques remarques générales, bien que secondaires :

Chez nos malades, nous trouvons une négation systématique des actes incriminés. Cette négation, dans ces états pathologiques relatifs, nous paraît due autant à une notion, encore persistante, de la réprobation publique, qu'à un état d'inconscience et à un trouble du jugement.

Le code pénal, en son article 312, met sur le même degré de gravité les coups et la privation de nourriture et de soins infligés aux enfants. Il y a là une vue exacte, même du point de vue psychiatrique ; il est rare, d'après nos observations, que la négligence ne s'allie pas à l'irritabilité et à l'impulsivité.

1^{re} OBSERVATION. — *La première malade* est une épileptique devenue alcoolique et qui présentait originairement quelque débilité mentale ; ces divers facteurs ont joué un rôle dans la déficience du sentiment maternel.

Mme L..., âgée de 30 ans, apprenait assez difficilement à l'école ; elle a eu des crises épileptiques depuis l'âge de 11 ans ; les accès surviennent plus particulièrement au moment des règles. Elle est mariée depuis trois ans et c'est peu de temps après son mariage qu'elle s'est mise à boire. Il est probable que le mari a exercé une influence fâcheuse sur sa femme. Tous deux buvaient et des disputes fréquentes et violentes éclataient dans le ménage. Elle prétendait que deux ou trois verres de vin suffisaient à la rendre malade. En tout cas, les excès éthyliques paraissaient avoir eu une action nette sur la recrudescence des crises et des absences. Elle tombait chez elle, ou dans la rue, tantôt sous l'influence de la boisson, tantôt sous l'influence de l'épilepsie.

Elle n'a jamais présenté cependant aucune complication psychopathique subaiguë de son épilepsie ou de son alcoolisme. La malade a eu deux grossesses, dont une gémellaire ; l'un des jumeaux est mort au bout d'un mois. A l'occasion d'une de ses grossesses, on aurait découvert des réactions syphilitiques positives ; actuellement, les examens sérologiques sont négatifs.

Les deux enfants de cette malade sont âgés de 17 mois et de 2 mois.

D'après les renseignements des voisins et les aveux mêmes du mari, elle négligeait totalement son ménage, laissait ses enfants sans soins et les privait de nourriture. Il n'a pas été possible de prouver qu'elle les avait frappés, mais le mari, coléreux lui-même, a reconnu qu'il avait menacé les enfants de les « dérouiller », ce qui veut dire, paraît-il, de les tuer. La malade a été arrêtée, en même temps que son mari, sur la dénonciation des voisins, pour mauvais traitements aux enfants. Emprisonnée à la Roquette, elle y a eu une crise. C'est pour-quoi l'expertise mentale fut ordonnée. L'expert, qui a conclu à l'internement, ne signale, comme troubles psychiques, que la débilité mentale et la déchéance alcoolique.

Après un non-lieu, elle a été placée à l'asile. Elle n'a jamais présenté aucun accès confusionnel, aucune crise subaiguë, aucune idée délirante. Si, au début de l'internement, on pouvait constater encore une légère obnubilation, qui se traduisait surtout par quelques défaillances de la mémoire, au bout de peu de jours, la malade était tout à fait lucide. Depuis lors, elle se montre calme, douce, travaille régulièrement ; elle prétend s'inquiéter du sort de ses enfants. Nous devons signaler que l'affaire est passée en jugement ; le mari a été condamné à trois mois de prison. La déchéance paternelle a été prononcée, et les enfants confiés à l'Assistance Publique. De ce fait, lorsqu'il sera question de la sortie de cette malade, le problème soulèvera moins de difficulté.

Nous ajouterons à cette observation le cas rapporté par l'un de nous. Il s'agit d'un ménage d'ouvriers qui privaient leurs enfants respectivement âgés de 5, 9, 11 ans de nourriture et les laissaient dans l'état le plus sordide. Le mari, qui n'était en fait que le beau-père, les frappait. Comme exemple de sévices exercés sur ses enfants, des témoins ont rapporté les faits suivants : pendant qu'il prenait ses repas, l'homme faisait mettre les deux aînés de chaque côté de lui, les mains derrière le dos, et à chaque bouchée qu'il mangeait, il les giflait à tour de rôle. L'inculpé fut déclaré responsable. Cette conclusion se justifiait par les considérations suivantes : « Alcoolisme chronique, stigmates au complet, irritabilité marquée, épisodes ébriés fréquents. Mais pas de délire, d'affaiblissement intellectuel appréciable. Conscience très nette de la situation, de la gravité des délits et lucidité parfaite dans la défense. J'ai cru devoir déclarer complètement responsables, malgré l'alcoolisme chronique et l'irritabilité morbide qui en était une des manifestations, les faits incriminés qui devaient être considérés non comme des faits d'irritabilité à proprement parler, mais comme des actes de froide méchanceté. D'autre part, les renseignements recueillis montraient qu'en dehors des sévices qui ne se produisaient que quand il était ivre, il restait parfaite-

ment maître de lui et ne s'attaquait jamais à des personnes capables de se défendre. Dans ces conditions, il me paraissait dangereux de faire appel à l'indulgence et préférable, malgré l'intoxication alcoolique, de laisser à la répression pénale son plein effet. » (1).

2^e OBSERVATION. — La deuxième malade présente un début de démence organique ayant amené des troubles du caractère :

Mme B..., 53 ans, a eu un passé normal, elle a toujours eu cependant un caractère assez difficile. Elle a eu trois enfants, dont une jeune fille morte à 20 ans ; elle n'a pas fait de fausse-couche. Son mari est décédé, il y a six ans, de congestion pulmonaire, et, à la suite de cet événement, elle aurait présenté quelques idées de persécution et peut-être quelques hallucinations.

Elle avait encore à sa charge le plus jeune enfant âgé de 14 ans. Elle se mit à travailler courageusement. Elle a eu d'autres émotions, ayant perdu en peu de temps sa mère et son père. Depuis plusieurs mois elle présentait un léger fléchissement psychique qu'on avait mis sur le compte du surmenage et du chagrin ; elle négligeait son ménage, devenait malpropre, ne travaillait plus, sous prétexte qu'elle ne gagnait pas assez.

Elle faisait des dettes ; elle vivait du travail de son fils, celui-là même qu'elle maltraitait ; elle devenait de plus en plus irritable et coléreuse.

Il n'est pas impossible que, bien que très sobre jusque-là, elle se soit mise un peu à boire. C'est l'irritabilité, symptôme tout initial de cet affaiblissement psychique, qui a déclenché les réactions antifiliales.

Elle corrigeait brutalement son fils à tout propos pour des motifs insignifiants. Elle aurait eu de vives colères qui se retournaient toujours contre l'enfant. Elle ne supportait pas que son fils ne lui obéisse strictement et lui fasse la moindre opposition. Les voisins entendaient souvent des disputes et des cris. Un beau jour, la malade a tenté d'étrangler son enfant. La sœur de la malade a été alertée par les voisins qui élevaient de vives protestations contre la situation de cet enfant. Elle conduisit alors Mme B... à l'Hôpital Henri-Rousselle, où M. Dupouy note : « Involution pré-sénile avec début d'affaiblissement intellectuel ».

Depuis l'entrée de la malade, qui date de quelques mois, l'affaiblissement a fait des progrès, mais fort lentement ; on ne constate aucun trouble de la mémoire ; le jugement, par contre, est déficient. Mme B... n'a qu'une conscience très incomplète de son état et de sa situation. Elle présente une certaine euphorie habituelle avec mobilité de l'hu-

(1) R. DE FURSAC. — *Manuel de Psychiatrie*.

meur, de la sensibilité, et des troubles du caractère. De plus, on constate des idées de persécution pauvres contre les voisins qui voulaient, disait-elle, se mêler de ses affaires, qui disaient qu'elle devenait folle, ce qui peut d'ailleurs être exact.

Elle entendait ces paroles injurieuses à travers les murs. A l'asile on n'a observé aucune hallucination. Bien entendu, la malade nie les mauvais traitements infligés à son fils.

« C'est un mauvais garçon, dit-elle, qui avait besoin d'être dirigé et réprimandé ; il n'était pas gentil pour moi ; je ne l'ai pas tué, la preuve, c'est qu'il vit encore. »

Au point de vue neurologique, on observe : du tremblement de la tête, une certaine raideur, un peu d'atonie du visage, avec, peut-être, une légère hémiparésie faciale, une dysarthrie peu marquée, une exagération forte des réflexes rotuliens et ébauche de Babinski. Ces signes devenus évidents soulignent incontestablement les lésions cérébrales. Les réactions spécifiques sont négatives dans le sang. En raison d'une déformation vertébrale, nous n'avons pu faire la ponction lombaire. Quelle que soit l'origine ou le type de cet affaiblissement intellectuel, il s'agit d'une démence organique dont le début a été très lent, et qui, à sa période toute initiale, pouvait passer complètement inaperçue, ce qui explique qu'elle ait échappé à l'observation de la famille.

3^e OBSERVATION. — La troisième malade est une perverse déséquilibrée avec adjonction d'alcoolisme :

Mme C..., est âgée de 35 ans. Originnaire de l'Orne et mariée dans le pays, elle a quitté son mari et son premier enfant pour venir à Paris. Là, elle a eu une conduite déplorable. Elle se refuse à donner tous renseignements sur cette période de son existence ou varie dans ses déclarations et ment d'ailleurs effrontément. Elle a eu plusieurs amants et aurait eu trois enfants. Elle dit ignorer le père de la plus jeune fillette. Son dernier amant, qui avait reconnu cette enfant, objet des sévices actuels, a dû l'abandonner. Celui-ci, qui paraît un brave homme, et voulait même placer la fillette chez ses propres parents, a donné d'intéressantes indications : Mme C... menait une existence dévergondée ; elle buvait, ne se livrait à aucun travail, se montrait violente, lui faisait des scènes constantes, même la nuit. Quant à son enfant, actuellement âgée de 6 ans, elle la bousculait, la maintenait au lit sans raison, lui refusait de sortir et d'aller jouer avec les autres enfants ; si elle s'échappait, elle la ramenait brutalement à la maison. Mme C... est le type de ces perverses, bourreaux domestiques, qu'a décrites Heuyer et lui-même, dans son certificat, a, je crois, qualifié ainsi cette femme. En juin 1934, la malade avait été inquiétée pour violences exercées sur son enfant et avait finalement échoué à l'infirmerie de la préfecture où elle ne restait que trois jours. Le docteur Heuyer, hésitant à l'interner, l'avait remise en liberté ; mais, en la

libérant, il demandait instamment que l'enfant fut confiée à une œuvre ou à l'Assistance publique et qu'une procédure de déchéance soit engagée. L'enquête faite à cette occasion rapporte qu'un témoin avait vu cette femme frapper son enfant alors âgée de trois ans ; elle tapait à coups de pied sur la tête de la fillette, étendue sur le trottoir, en criant : « Tu crèveras ce soir. » Le 28 juin, le tribunal des enfants aurait décidé le retrait du droit de garde. En fait, on obligea seulement la mère à mettre la fillette en nourrice. Mais, au bout de deux mois, elle venait la reprendre et recommençait à la frapper. La malade aurait depuis lors été arrêtée plusieurs fois pour ivresse. A la suite du départ de son amant, elle s'est trouvée sans ressources. Elle dut occuper, avec son enfant, dans un hôtel, une pièce exiguë, sans air et sans lumière. Elle a alors eu un de ces gestes impulsifs, communs chez les déséquilibrés. Elle a essayé de se jeter sous le métro, en entraînant son enfant. C'est à cette occasion qu'elle a été de nouveau arrêtée. Elle a frappé et griffé l'agent qui l'avait appréhendée. En raison de son court passage antérieur à l'infirmerie du dépôt, elle y a été renvoyée à nouveau. Elle nie absolument tous les faits qui lui sont reprochés, mais qui sont consignés dans un rapport de police et certifiés par plusieurs témoins. Ce sont, d'après elle, des calomnies dues à la vengeance de son amant. Elle n'a jamais voulu se jeter sous le métro, elle a simplement fait un faux pas. A l'asile, elle se montre calme, soumise et affecte de demander, avec anxiété, des nouvelles de son enfant. Cette malade, méchante et impulsive, n'en reste pas moins fort dangereuse. Sa place réelle serait évidemment à la section spéciale de Villejuif. Il serait, en tous cas, délicat de la faire sortir avant que la déchéance maternelle soit définitivement prononcée.

4^e OBSERVATION. — La quatrième malade peut être, au point de vue descriptif, schématisée ainsi : une sorte de délire de revendication sociale fondé sur l'idée du droit au travail, qui en elle-même n'a rien de pathologique :

Mme G..., âgée de 44 ans, est veuve avec deux fillettes, l'une de 15 ans, l'autre de 9 ans. Elle a toujours été orgueilleuse et entêtée. On observe chez elle quelques signes de dégénérescence, tels qu'un tic de la tête et une asymétrie faciale. Les troubles sont survenus à la suite du chômage et aussi, semble-t-il, en raison d'une déception sentimentale. Elle n'a plus de travail depuis le mois d'octobre 1935. Depuis lors, Mme G... vit avec cette idée fixe que la société doit lui procurer de l'ouvrage sans qu'elle ait à le solliciter. Elle se refuse donc à chercher du travail, aussi bien qu'à s'inscrire au chômage. Elle attend, dit-elle, que la société fasse son devoir. Elle ne porte d'ailleurs d'accusation contre aucune personne en particulier et elle déclare qu'elle n'a pas d'ennemi. Elle ne s'en prend qu'à la société en général. Les voisins, croyant à un simple entêtement, se sont émus

de cette situation ; ils ont alerté le bureau de chômage, le bureau de bienfaisance ; elle a rejeté tout secours. Elle s'est aperçue que ses enfants étaient nourris gratuitement à la cantine scolaire ; elle leur a interdit d'aller à l'école. Une voisine a trouvé du travail pour sa fille aînée, elle a empêché cette dernière de prendre cette place ; « c'est elle, dit-elle, qui doit travailler. » Elle se montre d'ailleurs très autoritaire, et irritable quelquefois à l'égard de ses fillettes, mais ne semble pas les avoir frappées. Depuis décembre, elle ne sort plus de chez elle. Vers le milieu de janvier, ayant dépensé ses dernières économies, elle retient ses enfants à la maison et ne leur donne plus à manger, qu'un peu de riz cuit à l'eau. Elle nie toute idée de suicide, tout désir de la mort. C'est de sa part une protestation dernière. Quant aux enfants ils doivent partager son sort. C'est alors que la concierge inquiète est allée dénoncer la situation au Commissariat. La malade convoquée ne s'est pas présentée. Un inspecteur s'est rendu au domicile où il a trouvé la famille dans le dénuement le plus complet et dans un état d'amaigrissement et de faiblesse très marqué. Le commissaire avait tout d'abord eu l'intention d'inculper la mère de mauvais traitements à ses enfants, puis surpris sans doute de l'idée fixe qu'elle exprimait, il l'a envoyée à l'infirmerie du dépôt. A son entrée à l'asile, la malade se montre réticente, hautaine, ironique, au cours de l'interrogatoire : « Je n'ai de comptes à rendre à personne, dit-elle, j'ai tout ce qu'il me faut, sauf ce qui me manque. » Au quartier, elle s'isole, et, bien entendu, refuse de travailler : « elle travaillera, dit-elle, soit ici, soit chez elle, mais à condition qu'un patron lui apporte du travail. » Et elle répète : « Il y a du travail ; je peux et je veux travailler ; pourquoi se refuse-t-on à m'en donner ? je n'arrive pas à comprendre ; on devrait savoir que j'ai besoin de travailler et on s'en désintéresse. » Elle nie toute malfaisance à l'égard de ses enfants, mais ne demande jamais des nouvelles de celles-ci et répond sur son ton ironique lorsqu'on lui en parle. Nous résumons au début la description de ce syndrome en le présentant comme une sorte de délire de revendication ; mais ce « rationalisme morbide » (1) qui « ne cherche pas à se mettre en contact avec la réalité », cet entêtement pathologique, cet isolement, cette indifférence familiale, nous ont fait pencher, tout de suite, beaucoup plutôt vers le diagnostic de schizophrénie. Depuis son entrée, la malade évolue d'ailleurs beaucoup plus nettement dans le sens autistique et peut-être même vers une dissociation psychique assez rapide.

Signalons encore ce curieux détail : tout en exigeant de la société l'accomplissement intégral de ses devoirs envers elle, Mme G... se réclame d'une sorte de droit à l'égoïsme. On a trouvé sur elle des coupures d'articles sociaux-philosophiques qui préconisent l'individualisme absolu et l'isolement systématique.

(1) ROGUES DE FURSAC et MINKOWSKI. — *Encéphale*, 1923.

Ces quelques observations, bien que de types divers, ne prétendent pas épuiser tous les cas possibles de modifications du sentiment maternel, situés à la limite du pathologique. Nous avons pu grouper cependant des cas de perversion constitutionnelle, de débilité intellectuelle et morale, de déséquilibre psychique, puis des cas de perversions acquises, dues à des causes assez différentes : déchéance alcoolique et épileptique, commencement d'affaiblissement psychique organique, dissociation schizophrénique initiale. Nous avons cru apporter, grâce à cette variété, une intéressante contribution à cette question.

M. MARCHAND. — Sur ces 4 bourreaux d'enfants, 3 sont des alcooliques. Personnellement j'ai constaté l'alcoolisme dans les trois quarts des cas de malades mentaux ayant exercé des sévices sur leurs enfants.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Les paranoïaques, les déséquilibrés du jugement sont capables de maltraiter leurs enfants, en dehors de tout alcoolisme et de toute méchanceté. Témoin par exemple un de mes malades qui avait imposé à son enfant une ceinture de chasteté de sa façon pour prévenir les dangers de la masturbation.

M. CAPGRAS. — Il faut bien distinguer deux catégories différentes parmi les malades présentés. D'une part, les alcooliques dont les réactions brutales sont agressives et méchantes. D'autre part, la schizophrène qui n'a péché que par négligence, sans brutalité.

M. X. ABÉLY. — Les exemples, cités par M. Laignel-Lavastine de ces bourreaux familiaux, théoriciens d'une éducation systématique, rentrent parfaitement dans le cadre de notre article. Ces sujets n'entrent même jamais à l'asile et c'est pourquoi nous en voyons rarement. Quant aux délirantes ou aux schizophrènes avérées qui font des enfants les martyrs de leurs psychoses, nous pourrions en rapporter, ainsi que tous nos collègues, des cas nombreux et pittoresques.

Je crois, avec M. Capgras, que l'absence de soins à l'égard des enfants est une des premières manifestations du désintérêt maternel chez les démentes précoces. Mais très rapidement ces malades deviennent hargneuses, puis irritables, puis impulsives. Le seul fait d'avoir à s'occuper un peu malgré tout de leurs enfants, ou de subir leur présence constante, les agace et les rend méchantes. C'est pourquoi nous faisons remarquer dès le début que l'impulsivité s'allie très tôt à la négligence.

Maladie de Parkinson et Paraphrénie,
par M. G. DAUMÉZON (Travail du service du D^r J. Capgras).

Parmi les syndromes psycho-pathologiques relevés chez des parkinsoniens post-encéphalitiques, le délire hallucinatoire a été assez fréquemment signalé. Courtois, Schiff, Petit, Baruk, Meignan, Dupouy, Pichard, etc., en France, en ont donné des observations ; en 1933, Claude et Ey ont donné de la question une mise au point particulièrement importante.

Lorsqu'on feuillette les observations parues en langue française, on est frappé de constater le silence des malades quant à leur attitude à l'égard des troubles neurologiques du syndrome : tremblement, hyperkinésie, etc... Nous trouvons seulement dans le travail de Courtois et Lacan : « D'autre part il y a interprétation de certains symptômes de parkinsonisme : tremblement : « on lui fait toujours un remuement dans tout le corps »... à noter la palilalie hallucinatoire : dis-moi, dis-moi, dis-moi ».

Si ce dernier élément se retrouve dans pas mal d'observations (Schiff et Courtois, Steck, Masquin, Maréchal, Altmann, etc...), le premier, à lire les auteurs, est absolument exceptionnel.

Nous avons observé ces temps derniers, dans le service de notre maître le D^r Capgras, une malade, parkinsonienne, qui interprétait les troubles neurologiques dans un sens de persécution. Au cours d'un remplacement à l'Asile de Plouguernevel nous avons questionné à ce sujet trois post-encéphalitiques dont l'une interprète tous les troubles, la seconde aucun, et la troisième une partie seulement.

Après avoir tracé à grands traits l'observation de notre malade, nous essaierons de donner de ces différences une explication toute hypothétique mais qui paraît admettre un certain nombre de faits.

Mlle B... Geneviève, 33 ans, sténo-dactylo, entre dans le service le 5 mai 1936 venant de l'hôpital Henri-Rousselle.

Le certificat immédiat du D^r Capgras note : « Délire hallucinatoire. Idées confuses de persécution sans systématisation. Injures grossières. Communication à distance avec Hitler, la Chambre des Députés, le Président de la République, et beaucoup d'autres personnes. Interprétation de son tremblement qu'elle attribue à des ondes électriques. Se croit chloroformée et hypnotisée. Alternatives de gaieté et de tristesse. Parkinsonisme. »

Mlle B... était sténo-dactylo dans un grand journal depuis plusieurs années, on ne retrouve rien d'important dans ses antécédents tant médicaux que sociaux, tant personnels que familiaux. Elle avoue avoir présenté quelques gripes, en fait l'épisode aigu encéphalitique est passé inaperçu. Il y a deux ans environ, la malade « a compris » que l'administrateur du journal s'intéressait vivement à elle et bientôt elle fut persuadée qu'elle était aimée de lui. Certes jamais ce Monsieur ne lui fit la moindre déclaration « mais par ses regards, par ses attitudes, dit-elle, il m'a fait comprendre qu'il m'aimait ». La femme de l'objet aimé tenta de séparer Mlle B... de son supérieur, mais peine perdue, et d'ailleurs par une habile procédure ce dernier ne tardait pas à divorcer. C'est alors que toutes les rivales de la malade se liguerent pour la rendre malade. L'une d'elles, entre autres, infirmière chez un médecin physiothérapeute, utilisa les appareils de son employeur pour provoquer sur Mlle B... toute une série de phénomènes désagréables. De plus, un appareillage identique placé chez les voisins concourt à la mise en œuvre des persécutions.

« Je n'avais jamais été malade, ils m'ont envoyé des ondes qui m'ont fait trembler. Ils envoyaient aussi des ondes qui me faisaient répéter les fins de mes phrases, des mots que je disais toujours, et ils me forçaient à le dire encore. Et puis ils m'ont envoyé des ondes qui parlaient. » Parcellément sont interprétées les crises oculogyres : « Ils me forçaient à regarder en l'air et cela me faisait mal, c'était pour pouvoir faire ce qu'ils voulaient pendant ce temps. »

Peu à peu le syndrome d'automatisme se constitue au complet : les phénomènes psychosensoriels s'étendent à tous les sens : hallucinations auditives tantôt injurieuses, tantôt favorables dont le caractère exact, le diagnostic avec les hallucinations psychiques est particulièrement délicat ; hallucinations visuelles, tableaux de scènes de carnage ; hallucinations olfactives, odeurs d'excrément ; gustatives ; cénesthésiques ; impressions tactiles, baisers, sensation de fin papier passé sur le front. Le devinement de la pensée ; le commentaire de la pensée, des actes, viennent compléter le tableau.

Enfin, l'action des ondes a pour effet de « paralyser » la malade, elle ne peut plus taper à la machine ; de « provoquer un tremblement convulsif qui empêche de prendre le sténo ». En février dernier Mlle B... interrompt son travail.

Lors de l'internement, elle présente un syndrome très net, facies figé, vaseliné, hypomimique, regard fixe. La parole est scandée, monotone, terne, sur un ton nasillard. Sialorrhée. Les mouvements sont lents, saccadés, on note une rigidité segmentaire, certains gestes rapides sont effectués avec un retard net, tel le fait de chasser une mouche. Hypertonie nette, roue dentée exagérée par la manœuvre de Froment. Perte du balancement des bras à la marche.

Tremblement fin des doigts. Les réflexes sont vifs, on note une légère inégalité pupillaire sans Argyll. Meinicke, Bordet-Wassermann dans le sang négatif. Liquide céphalo-rachidien normal.

Tel était l'état de notre malade, il y a 6 mois, on notait en outre quelques signes inquiétants qui laissaient prévoir une rapide évolution du délire.

En effet, nous avons assisté à une extension énorme des conceptions délirantes qui ont pris un aspect fantastique. Mlle B... nous explique qu'elle est née trois fois successivement, et qu'elle est à la fois ange, archange, et fille de Dieu. A l'image de ce dernier, elle présente une Trinité. Elle descend de Napoléon III et son ancien patron n'est autre chose que son frère. Mais elle vit dans plusieurs pays à la fois, en Bavière, en France, en Russie. En nous, grâce à notre « sous-plafond amal », elle reconnaît un autre frère, d'ailleurs il suffirait d'extirper notre « serpent vertébral » pour lire sur chaque vertèbre notre nom authentique. Les hallucinations sont devenues à la fois plus actives, plus nombreuses et plus floues, plus mal définies. Les conceptions délirantes sont exposées à l'aide de néologismes.

Contrastant avec ces idées délirantes que d'aucuns rapprocheraient de celles d'une démence paranoïde, Mlle B... présente une orientation parfaite, s'intéresse à la vie du service et n'est nullement affaiblie. On ne peut s'empêcher, en présence d'un tel tableau, de prononcer le mot de paraphrénie fantastique.

En résumé : chez une érotomane apparaît un syndrome parkinsonien qui est immédiatement intégré au délire, puis sombre au milieu des conceptions d'une paraphrénie fantastique.

Nous avons examiné à Plouguernevel une malade entièrement comparable à Mlle B., mais chez laquelle il est difficile de préciser le mode exact de début quant à la forme psychopathique. Il semble cependant qu'il s'agisse d'un délire hypocondriaque auquel les troubles parkinsoniens fournirent un matériel de choix. Leur apparition postérieure au délire est attestée par les dires de la malade, vérifiés par les renseignements de la famille.

Actuellement, la malade est persécutée par le Dr Sicard, jadis consulté à Necker, qui l'utilise comme sujet : à distance, par l'électricité, on lui transmet le tremblement du mètre, et quelquefois on veut étudier les effets de l'asphyxie et on l'empêche de respirer. Après lui avoir fait répéter 43-43 en l'auscultant, les médecins lui font maintenant répéter constamment certains mots. On lui fait regarder le ciel très longtemps et très fort, sans doute pour éprouver la solidité de sa tête. En outre, cette vieille malade présente toute une prolifération de concepts anarchiques à thèmes mégalomanes et métaboliques qui terminent le rapprochement avec Mlle B.

Un troisième cas pose le problème avec netteté. Il s'agit d'une femme de 50 ans, parkinsonienne depuis 1926 environ, qui recon-

naît l'existence de sa maladie, en rapporte les symptômes à leur véritable cause, mais qui fut atteinte, en 1930, d'un syndrome hallucinatoire complet : auditif, visuel, olfactif, cénesthésique. La malade extériorise d'abord un thème banal de voisinage : j'étais dans le logement depuis avant la guerre, les voisins voulaient le prendre et m'ont embêtée jusqu'à ce qu'ils soient arrivés à leurs fins...

Mais le thème a évolué progressivement, est devenu plus touffu, des éléments fantastiques s'y sont introduits, et les conceptions actuelles se rapprochent un peu du délire des deux malades précédentes.

Nous rapporterons enfin, rapidement, l'observation d'une parkinsonienne internée le 22 décembre 1933 au cours d'un accès dépressif simple, avec idées de suicide. Les certificats d'Henri Rousselle, celui de l'Admission, l'immédiate et la quinzaine rédigés à Maison-Blanche par le Dr Demay, ne notent aucune hallucination. C'est à l'asile, en août 1934, qu'elle entend pour la première fois « une voix » injurieuse ; jusque-là la malade avait présenté toute une série de signes de parkinsonisme qu'elle considérait comme liés à sa maladie : sa bradykinésie, son tremblement, sa sialorrhée, ne la font nullement délirer. Mais depuis qu'elle entend « la voix » elle explique les phénomènes nouveaux : crises dyspnéiques et crises oculogyres, « elle me fait monter une boule que j'ai dans l'estomac avec des fils électriques, on la fait monter jusqu'au gosier et je manque m'étouffer ». Mieux encore : « Je ne sais pas pourquoi, dit-elle, elle me fait regarder en l'air, au plafond. » Cependant le tremblement et les autres symptômes antérieurs ne sont pas davantage interprétés. La forme psychopathique actuelle est un délire hallucinatoire de persécution évoluant sur un fond dépressif des plus nets. Mais il s'agit d'un processus jeune et il convient, croyons-nous, de réserver l'évolution ultérieure vers des thèmes plus luxuriants. La malade ne paraît aucunement affaiblie ; à noter un accident syphilitique soigné en juin 1918, n'ayant laissé aucune trace humorale.

De ces quatre observations, nous nous permettons de conclure à la fréquence des thèmes fantastiques revêtant plutôt la forme paraphrénique que la forme de démence paranoïde chez les parkinsoniens hallucinés ; — Schiff parlait « d'hallucinoïse fantastique » — à la fréquence de l'interprétation délirante des troubles parkinsoniens qui paraît liée aux dates d'apparition du délire du parkinson. D'une manière générale, le délire utilise les faits nouveaux de préférence aux antérieurs, et selon que le syndrome

parkinsonien se range dans l'une ou l'autre catégorie, il est ou non l'objet d'une explication délirante.

Nous nous excusons de la simplicité d'une telle hypothèse, elle paraît, cependant, cadrer avec les faits que nous rapportons, et nous ne l'émettons qu'avec la plus grande prudence, en priant instamment de la vérifier ou de l'infirmier.

M. H. BARUK. — L'encéphalite touche le cerveau d'une façon essentiellement différente et produit par conséquent les syndromes les plus variés : de simples délires oniriques à idées fixes persistantes ou non, des délires par interprétation des troubles neurologiques, comme chez ce malade, des affaiblissements démentiels plus ou moins profonds. J'ai dans mon service un malade qui interprète ses troubles neurologiques, et à son invalidité réelle ajoute une invalidité imaginaire, prétendant ne pouvoir se tenir debout qu'en présence de sa mère, qui d'ailleurs partage son délire, attribuant sa rigidité et sa palilalie à une électrisation malveillante.

M. GUIRAUD. — Pour savoir la proportion des cas où l'encéphalite s'accompagne de troubles mentaux, c'est ailleurs que dans les asiles qu'il faut exercer son observation, puisqu'on n'interne que les malades délirants.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Rares sont les encéphalitiques délirants dans les hôpitaux. Relativement fréquents sont ceux qui présentent de la dépression ou de la cyclothymie. J'ai, au moment où Camus avait publié sa conception des centres régulateurs de l'activité, observé avec Largeau un cyclothymique post-encéphalitique qui paraissait justifier cette théorie.

M. René CHARPENTIER. — En clientèle, il est exceptionnel d'avoir à examiner des parkinsoniens présentant des délires. Par contre, les états dépressifs sont très fréquents chez ces malades et il m'est arrivé plusieurs fois de faire le diagnostic de syndrome parkinsonien au début chez des malades qui m'étaient adressés uniquement pour un état de dépression.

M. VURPAS. — Le délire de cette femme est absurde. N'est-elle pas affaiblie intellectuellement ?

M. CAPGRAS. — Non, car en dehors du délire, ses réponses sont pertinentes. Elle a bonne mémoire, s'exprime avec netteté et même pittoresque. Sa conduite est très correcte.

M. VURPAS. — Les obsessions sont un syndrome mental que l'on rencontre fréquemment chez les parkinsoniens. Il en est beaucoup d'autres. L'érotomanie de la malade présentée semble avoir été la phase première de la psychose encéphalitique annonçant peut-être un affaiblissement intellectuel futur.

Un cas de paralysie générale juvénile, par MM. Roger DUPOUY et Jean ROYER, Médecin et Interne de l'Hôpital Henri-Rousselle.

Le jeune B., âgé de 17 ans, est amené à Henri-Rousselle le 9 octobre 1936, par son père :

Histoire de la maladie. — Jusqu'en fin septembre, le père du malade n'a rien remarqué d'anormal. Son fils a été à l'école jusqu'à 13 ans. Il était un peu en retard, avait de grosses difficultés d'assimilation et n'a pu obtenir son certificat d'études. On le retire de l'école pour l'envoyer au préventorium de Villiers. A sa sortie du préventorium, il est mis en apprentissage chez un bijoutier qui, après l'avoir jugé incapable d'embrasser cette profession, le congédie. Il est ensuite placé chez un pharmacien qui l'emploie à faire les courses. Mais il est si peu payé que son père décide de le reprendre à la maison où il reste désormais pour s'occuper du ménage. Il y a quelque temps, est apparu chez le malade un strabisme de l'œil droit pour lequel il va consulter à l'Hospice des Quinze-Vingts. C'est à cette occasion qu'un examen de sang révèle la spécificité, et un traitement est institué. Au début d'octobre dernier, le père du jeune B... remarque qu'il devient négligent, qu'il ne fait plus aucun travail utile. Il fait preuve d'une activité stérile qui n'a d'autre résultat que de mettre du désordre à la maison. Le père remarque aussi que sa mémoire devient déficiente, que ses paroles, ses actes ne sont plus coordonnés. Le 7 octobre, le jeune B..., sorti de chez lui pour faire une commission, ne rentre pas à la maison, erre pendant 24 heures, et, finalement, est recueilli par la police qui le remet à son père. C'est à la suite de cette fugue que l'enfant est conduit à Henri-Rousselle.

A l'Hôpital, le jeune B... a un comportement désordonné. Sa tenue est peu soignée. Il est malpropre, turbulent. Tantôt excité, tantôt calme, par moments agressif, cherche à frapper les autres malades, de sorte qu'il doit être isolé.

Son humeur est variable, mais, le plus souvent, laisse apparaître une certaine euphorie. Il est content de lui. Ses propos expriment une satisfaction béate qui se traduit par des rires niais. Ses phrases décousues sont alimentées par une fabulation pauvre dans laquelle se manifestent des tendances mégalomaniaques, de « petites idées de grandeur » selon l'expression de Babonneix : « Il est très content parce qu'aujourd'hui on décore son père de la Légion d'honneur ; il

y aura un grand festin pour fêter cet événement. C'est aujourd'hui aussi qu'il va obtenir son diplôme d'ouvrier ; ou lui donner de beaux prix, etc... ».

L'affectivité du malade est émoussée mais non complètement abolie. L'enfant reçoit avec plaisir les visites de son père et lui manifeste une certaine affection.

L'examen du fond mental montre chez le jeune B... un gros affaiblissement intellectuel. Il est désorienté dans le temps et l'espace. Les diverses épreuves d'exploration des facultés intellectuelles mettent en évidence non pas une ignorance complète, mais des troubles mnésiques importants et une inaptitude à faire une opération intellectuelle même simple, à coordonner ses souvenirs en vue de donner des réponses adaptées aux épreuves proposées.

Le malade sait lire et écrire. Son écriture est assez régulière, mais les fautes d'orthographe sont nombreuses. Les troubles de l'attention sont accentués et apparaissent grossièrement au cours de l'examen du fond mental.

Le jugement est très diminué et cette déficience se manifeste par l'absence d'auto-critique, l'inconscience de son état, son euphorie, ses propos niais et d'une invraisemblance absurde.

L'examen somatique du jeune B... montre l'existence d'un syndrome neurologique symptomatique de syphilis nerveuse.

Les pupilles sont inégales, irrégulières et ne réagissent pas à la lumière.

Les réflexes achilléens sont abolis, les rotuliens très affaiblis.

Il existe une légère dysarthrie spontanée, très exagérée par les mots d'épreuve.

Nous n'avons pas noté de tremblement des mains, et, comme nous l'avons déjà dit, l'écriture est assez régulière.

Le développement du malade est à peu près normal, en particulier en ce qui concerne les organes sexuels.

L'état général est médiocre, un amaigrissement considérable étant survenu depuis quelques mois.

Signalons enfin quelques stigmates de dégénérescence telles que des dystrophies dentaires et le décollement des oreilles.

L'appendice xyphoïde existe.

En présence de ce syndrome de déficit psychique, coexistant avec un syndrome neurologique symptomatique de syphilis nerveuse, nous avons été orienté vers le diagnostic de paralysie générale juvénile, diagnostic qui s'est trouvé confirmé par l'existence du syndrome humoral classique de la méningo-encéphalite.

Les examens humoraux ont en effet donné les résultats suivants :

Dans le sang : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn : positifs.

Dans le liquide céphalo-rachidien : albumine 0,50 ; Pandy, Weichbrodt : positifs ; Leucocytose : 45 ; Benjoin : 22222.22222.22100 ; Meinicke, Bordet-Wassermann : positifs.

Il s'agit donc d'un cas banal de paralysie générale juvénile. Mais à son sujet cependant se pose la question déjà débattue par divers auteurs, de l'étiologie de la paralysie générale chez les jeunes.

Quelle est l'origine de la syphilis chez le jeune B. ? Nous avons recherché, dans les antécédents héréditaires du malade, l'existence d'une spécificité, mais sans aucun résultat. Le père du malade, en effet, est très bien portant. Un examen de sang récent a donné des résultats négatifs. Quant à la mère, elle est morte depuis 5 ans et, autant qu'on puisse le déduire des renseignements fournis par son mari, elle aurait succombé à la suite d'une récurrence de cancer du sein, opéré 2 ans avant sa mort. Nous ne pouvons donc avoir aucune donnée précise en ce qui concerne l'existence de la syphilis chez la mère, et il est possible qu'elle soit à l'origine de l'infection développée chez le jeune B. Mais nous n'avons non plus aucune présomption en faveur de cette hypothèse. La mère semble bien en effet être morte d'un cancer du sein et il n'existe dans ses antécédents ni fausse-couche, ni maladie antérieure susceptible de faire soupçonner l'existence d'une spécificité.

Nous faisons donc des réserves, quant à l'origine héréditaire de l'infection syphilitique dans le cas du jeune B. Et nous croyons pouvoir émettre une autre hypothèse : on peut se demander, à notre avis, si la méningo-encéphalite ne doit pas être attribuée, dans le cas que nous présentons, à une syphilis acquise à une époque indéterminée, par un quelconque mode de contamination. On l'a déjà vu, nous n'avons trouvé dans les antécédents de notre malade aucune donnée précise pouvant étayer la notion de syphilis héréditaire. D'autre part, le processus de méningo-encéphalite semble avoir été déclenché récemment et évoluer d'une façon tout à fait comparable à celle de l'adulte. Le liquide céphalo-rachidien du jeune B. est en tous points analogue au liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux adultes, ce qui est fréquent mais non constant chez les paralytiques généraux juvéniles. La chose nous semble donc plausible et cela d'autant plus que le jeune B., d'après ses propres affirmations, confirmées par son père, se serait livré précocement à des manœuvres sexuelles, en compagnie de l'un de ses employeurs. D'où possibilité de contamination.

Quoi qu'il en soit, nous pensons qu'il ne faut pas toujours attribuer à une syphilis héréditaire le développement d'une méningo-encéphalite chez l'enfant et surtout chez l'adolescent. Il est des cas, croyons-nous, où une contagion directe peut être mise en

cause et où la paralysie générale peut être attribuée à l'évolution rapide, sur un terrain favorable, de l'infection syphilitique. Cette hypothèse a déjà été envisagée par divers auteurs, en particulier dans un cas publié par Crouzon, Mollaret et Macé de Lépinay en 1934, et dans un cas publié par Pichard, André et Leconte en 1935. Le cas du jeune B. soulève à nouveau cette question.

Chronaxies vestibulaires et chronaxies optiques dans deux cas d'hallucinations auditives et un cas d'hallucinations visuelles (Présentation de graphiques), par M. Georges BOURGUIGNON, Electro-radiologiste de la Salpêtrière, Directeur du Laboratoire d'Electrophysiologie de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes.

INTRODUCTION. — Le travail que je présente aujourd'hui est une amorce de recherches et non un travail définitif, car il ne porte que sur deux observations d'hallucinations auditives et une observation d'hallucinations visuelles. Je n'ai donc pas la prétention d'en tirer des conclusions générales quant à la nature des hallucinations ; mais les faits sont si précis et si nets qu'il m'a paru intéressant de montrer tout l'intérêt qui s'attache à l'étude des chronaxies vestibulaires et des chronaxies optiques et, probablement, d'une manière générale, des chronaxies sensorielles au point de vue psychiatrique.

Si j'ai songé à étudier ainsi les hallucinations, c'est que j'avais déjà vu, avec H. Claude et H. Baruk, que la chronaxie vestibulaire varie dans le sommeil cataleptique et dans la catalepsie (1) et que je savais que la chronaxie vestibulaire est liée au fonctionnement cérébral général par l'étude d'enfants arriérés, mongoliens et non mongoliens (2) et, plus récemment, par l'étude de l'hémiplégie avec et sans aphasia (3).

(1) H. CLAUDE, G. BOURGUIGNON et H. BARUK. — Essai sur les variations spontanées et expérimentales de la chronaxie vestibulaire au cours du sommeil cataleptique et de la catalepsie dans l'hystérie, dans la catatonie et dans l'hébétéphrénie. Société Médico-Psychologique. Séance du 22 décembre 1932, in « Annales Médico-Psychologiques », n° 5, 90^e année, t. II, décembre 1932, p. 641.

(2) G. BOURGUIGNON. — Relations de la chronaxie vestibulaire avec l'émotivité à l'état normal et dans le pseudo-mongolisme et la démence précoce. *C.R. Académie des Sciences*, t. CLXXXIII, p. 250. Séance du 20 juillet 1931.

(3) Georges BOURGUIGNON et Renée DÉJEAN. — Variations de la chronaxie vestibulaire dans l'hémiplégie, avec et sans aphasia. *C.R. Académie des Sciences*, t. CCIII, p. 500. Séance du 31 août 1935.

Cela dit, et mon point de vue actuel étant bien précisé, nous pouvons passer à l'étude des faits.

1. HALLUCINATIONS AUDITIVES. — CHRONAXIES VESTIBULAIRES. — Les deux cas que j'ai actuellement étudiés à ce point de vue sont, cliniquement, essentiellement différents. L'un des malades, en effet, avait des hallucinations sans troubles mentaux, mais avec une lésion de l'oreille, tandis que l'autre avait des troubles mentaux sans lésion de l'oreille. La chronaxie vestibulaire se comporte d'une manière très différente chez chacun d'eux.

A. 1^{er} cas. *Hallucinations auditives avec troubles auriculaires.* — Il s'agit d'une femme, Mme Dr. L., âgée de 73 ans, qui nous avait été adressée à la Salpêtrière, le 22 juillet 1935, par le Dr Halphen, pour traitement électrique des bourdonnements d'oreille et des hallucinations auditives qu'elle avait depuis l'âge de 34 ans, avec les indications suivantes : « Bourdonnements d'oreille et hallucinations auditives. Tympan normaux ».

A 34 ans, la malade avait été prise brusquement de bruits de cloche et de ronflement avec diminution de l'audition de l'oreille gauche.

Pendant 30 ans, cet état, que des traitements locaux n'avaient pas amélioré, resta sensiblement stationnaire, sauf quelques périodes d'aggravation au cours de sinusites successives.

En 1931, de nouveaux phénomènes apparurent. La malade se mit à entendre des airs de musique sans qu'elle pût dire quel instrument les produisait.

Peu à peu, cependant, ces hallucinations se précisèrent.

Etat le 22 juillet 1935. — Le jour de notre examen, la malade se plaint toujours de ses bourdonnements d'oreille. En outre, elle entend des voix d'hommes et de femmes, mais sur un rythme musical, et elle entend des airs de musique qu'elle précise maintenant en disant que ce sont des airs de violon et des airs de trompette.

Quand son attention est occupée, ces sons diminuent d'intensité, mais ne disparaissent pas.

J'ai alors mesuré la chronaxie vestibulaire avec le pôle positif : elle était normale à droite et modérément augmentée à gauche (2 fois à 2 fois 1/2 la valeur normale) :

Oreille droite	Oreille gauche	Chronaxie normale
16 τ	40 τ	12 τ à 22 τ

L'augmentation de la chronaxie vestibulaire est localisée du côté de l'oreille qui bourdonne et ne dépasse pas ce qu'on voit dans les lésions de l'oreille.

B. 2^e cas. *Hallucinations auditives sans lésion de l'oreille.* — Dans ce 2^e cas, il s'agit d'un homme de 61 ans, qui nous a été adressé par le D^r Barbé, médecin-aliéniste de la Salpêtrière, le 1^{er} mars 1935.

Le début des accidents remontait à deux ans environ avant notre examen. A cette époque, le malade avait eu une crise d'étouffement suivie d'une chute molle et terminée par une crise de larmes.

Des crises semblables se renouvelèrent pendant quelques mois, à l'occasion surtout de contrariétés. Dans l'intervalle, le malade restait déprimé et inquiet.

Puis, ces crises disparurent, mais le malade resta dans un état d'inquiétude constant, avec tendance à l'ennui.

C'est alors, à la fin de décembre 1934, que brusquement le malade commença à avoir les hallucinations pour lesquelles j'ai proposé au D^r Barbé d'examiner les chronaxies vestibulaires.

Etat le 1^{er} mars 1935. — Le malade a des hallucinations musicales depuis environ deux mois et demi. Il entend tout le temps des airs de musique. Ces airs sont au nombre de 15 environ, toujours les mêmes : sonneries de clairons, musiques militaires, chansons de régiment et d'écoliers. Quelquefois, il entend à la fois deux morceaux différents, un à droite et un à gauche.

Le malade dit que cette musique ne vient pas de l'extérieur, mais « qu'elle joue dans sa tête ». Il ne doute pas cependant de la réalité de l'existence de cette musique ; il est sûr que ce n'est pas une illusion, mais il sait qu'elle est en lui et non au dehors.

Lorsqu'il a une conversation animée, il lui arrive de cesser de l'entendre, mais jamais très longtemps.

Il dit aussi qu'il peut arrêter la musique pour un temps assez court s'il se met à chanter ou à siffler plus fort qu'elle.

Après cet examen clinique, j'ai mesuré, le 8 mars 1935, les chronaxies vestibulaires par la méthode mono-auriculaire. Je rappelle qu'en plaçant deux petites électrodes égales, l'une dans l'oreille d'un côté et l'autre sur la mastoïde du même côté, on excite exclusivement un seul vestibule et que, dans ces conditions, on obtient une inclinaison du côté excité quand le pôle placé dans l'oreille est positif et une inclinaison du côté opposé quand le pôle dans l'oreille est négatif. On trouve alors deux chronaxies qui, chez les sujets normaux, diffèrent l'une de l'autre de 10 à 20 0/0, c'est-à-dire que le rapport de la plus grande à la plus petite chronaxie est 1,1 à 1,2.

L'examen de notre malade, fait à deux reprises, a donné les résultats suivants :

Date des examens	Pôle dans l'oreille	Oreille droite		Oreille gauche		Etat normal	
		Chronaxies	Rapport	Chronaxies	Rapport	Chronaxies	Rapport
—	—	—	—	—	—	—	—
8 Mars 36.....	+	9 σ ,2	7,4	21 σ ,2	6,2	12 σ	1,1
	—	68 σ		132 σ		à	à
22 Mars 36.....	+	9 σ ,2	6	17 σ ,6	7,5	22 σ	1,2
	—	56 σ		132 σ			

La chronaxie pour le pôle positif dans l'oreille (inclinaison du côté excité) est donc normale à gauche et diminuée à droite. La chronaxie pour le pôle négatif (inclinaison du côté opposé au côté excité) est augmentée des deux côtés, mais beaucoup plus augmentée du côté gauche que du côté droit. Quant au rapport entre les deux chronaxies, il est augmenté également des deux côtés. Les deux examens ont donné des résultats trop voisins pour qu'on puisse considérer qu'il y a eu des variations journalières ; il n'y a d'ailleurs aucun changement essentiel dans le sens des phénomènes.

Retenons, pour le moment, la *diminution* de l'une des chronaxies exclusivement pour le *nerf vestibulaire droit*.

2. HALLUCINATIONS VISUELLES. CHRONAXIES OPTIQUES ET CHRONAXIES VESTIBULAIRES. — Le seul cas d'hallucinations visuelles que j'aie étudié jusqu'à présent est celui d'une malade qui a des idées de persécution et des hallucinations cutanées, auditives et visuelles. Le Dr Agadjanian, qui l'avait fait entrer dans le service du Professeur Laignel-Lavastine à la Pitié, m'a demandé de la voir au point de vue chronaxie, le 21 février 1936.

A. *Observation clinique*. — Mme Bid. Oct., âgée de 59 ans, a commencé à se plaindre de sensations anormales en janvier ou février 1934 : « du sang bouillant lui tombait sur la tête ».

Cela dure six semaines, puis disparaît. Il apparaît alors des sensations d'attouchements aux jambes et aux pieds, en même temps qu'on lui parle « des sorts qu'on appelle *souliers* et de ceux qu'on appelle *sabots* ».

Ces hallucinations cutanées et auditives durent deux à trois mois, puis disparaissent, et la malade paraît en état normal pendant quelques mois.

Au début de 1935, des sensations cutanées bizarres reparaissent aux bras et aux épaules. On fait un examen radiographique de la colonne vertébrale qui ne révèle naturellement rien d'anormal.

Très tourmentée par les sensations d'attouchement douloureuses aux bras et aux épaules, qu'elle considère comme venant d'une action extérieure, elle va consulter, au début de février 1936, le Dr Agadja-

nian, qui demande au Professeur Laignel-Lavastine de la prendre dans son service et m'adresse la malade pour examen.

Etat le 21 février 1936. — La malade a des idées de persécution. Elle dit qu'on l'accuse d'être la cause de la chute des étoiles qui annonce la guerre.

Elle se plaint qu'on lui parle constamment de « sabots » et de « souliers », sans qu'elle puisse savoir qui. On lui parle aussi bien dehors que chez elle et « elle a toujours des bruits dans les oreilles ».

En même temps, elle dit qu'elle a vu, pendant un temps, des têtes d'animaux (chèvres, moutons, etc.), surtout quand elle est au lit ou aux W.-C.

Actuellement, depuis le mois d'août 1935, elle ne voit plus de têtes d'animaux, mais elle voit des étoiles.

Tantôt, « elle a les étoiles dans les yeux, et une voisine lui a dit qu'on les voyait », et tantôt elle les voit sur les murs. Quand elle voit les étoiles sur les murs, elles sont toutes petites.

Ces hallucinations visuelles la prennent le matin, au réveil, durent une ou un petit nombre d'heures, puis disparaissent pour le reste de la journée.

C'est en raison de ces hallucinations visuelles que j'ai étudié les chronaxies optiques de cette malade.

B. Examens électriques. — 1° Chronaxies optiques.

1^{er} examen, 26 février 1936. *Pas d'hallucinations.*

Je les ai examinées pour la première fois le 26 février 1936, entre 13 et 14 heures. A ce moment, les hallucinations avaient disparu depuis plusieurs heures : *j'ai trouvé les deux chronaxies optiques des deux yeux normales* (1).

	Oeil droit	Oeil gauche	Chronaxies normales
Phosphène périphérique.....	1 τ ,48	1 τ ,48	1 τ ,2 à 2 τ
Phosphène central.....	3 τ ,16	2 τ ,72	2 τ ,2 à 4 τ

2° examen, 26 mars 1936. *Au sortir de l'hallucination.*

Ayant constaté que, en dehors des hallucinations, les chronaxies étaient normales, j'ai fait venir la malade le matin, entre 8 et 9 heures, de façon à l'avoir au moment de ses hallucinations.

(1) Je rappelle que, suivant la position de l'électrode sur le globe oculaire, on peut obtenir un phosphène situé dans l'axe de l'œil ou des phosphènes latéraux. J'ai appelé le premier « phosphène central » et les autres « phosphènes périphériques ». Le phosphène central résulte de l'excitation de la fovea (fibres de cônes) et les phosphènes périphériques de l'excitation des parties latérales de la rétine (fibres de bâtonnets). Les chronaxies sont différentes et dans le rapport 1/2.

Au moment de cet examen, les hallucinations venaient de disparaître : j'ai trouvé des chronaxies altérées dans les deux yeux, mais d'une manière différente. Tandis qu'elles étaient augmentées à gauche, *elles étaient diminuées à droite, comme était diminuée la chronaxie vestibulaire droite dans le 2^e cas, rapporté plus haut, d'hallucinations auditives.*

Voici les résultats numériques de cet examen au sortir de l'hallucination :

	Œil droit	Œil gauche	Chronaxies normales
Phosphène périphérique.....	0 τ ,80	3 τ ,84	1 τ ,2 à 2 τ
Phosphène central.....	1 τ ,32	6 τ ,4	2 τ ,2 à 4 τ

3^e examen, 25 avril 1936, 8 h. 1/2 du matin. *En pleine hallucination.*

Ce jour-là, la malade était en pleine hallucination : je n'ai pas pu mesurer les chronaxies optiques parce que, tout entière à son hallucination, je ne pouvais obtenir aucune réponse. J'ai alors mesuré les chronaxies vestibulaires que je vais étudier plus loin.

4^e examen, 30 avril 1936. *Sans hallucinations.*

Deux jours après le 3^e examen, les hallucinations ont disparu, de sorte que, au moment du 4^e examen, la malade était sans hallucinations visuelles depuis 3 jours : *j'ai retrouvé la chronaxie normale pour le phosphène périphérique.* Comme la chronaxie était la même qu'à l'examen antérieur sans hallucinations, je n'ai pas mesuré la chronaxie pour le phosphène central, mais j'ai mesuré la chronaxie vestibulaire.

Voici les chiffres trouvés ce jour :

	Œil droit	Œil gauche	Chronaxie normale
Phosphène périphérique.....	1 τ ,68	1 τ ,64	1 τ ,2 à 2 τ

2^e *Chronaxies vestibulaires.* — Etant donné les relations, dont j'ai parlé déjà, de la chronaxie vestibulaire et de l'état fonctionnel cérébral, il m'a semblé intéressant de rechercher les chronaxies vestibulaires de cette malade en dehors des hallucinations et au moment des hallucinations.

1^o Le 18 mars 1936, *la malade n'a pas d'hallucinations.*

Les chronaxies vestibulaires sont sensiblement égales des deux côtés, *mais augmentées* ; le rapport des 2 chronaxies est normal.

2^o Le 25 avril 1936, *la malade est en hallucinations.* C'est le

jour où les chronaxies optiques n'ont pu être mesurées, mais les chronaxies vestibulaires sont toujours possibles à prendre, puisqu'il n'y a aucune participation active du sujet.

Les chronaxies vestibulaires ont considérablement diminué et arrivent au voisinage de la normale ; elles sont un peu plus grandes à droite qu'à gauche et le rapport des 2 chronaxies est un peu diminué des deux côtés.

3° Le 30 avril, alors que la malade n'a plus d'hallucinations visuelles depuis trois jours, les chronaxies vestibulaires ont exactement les mêmes valeurs qu'au 1^{er} examen sans hallucinations.

A partir de là, les hallucinations visuelles ne sont pas revenues et, le 5 mai 1936, un nouvel examen donne encore les mêmes valeurs.

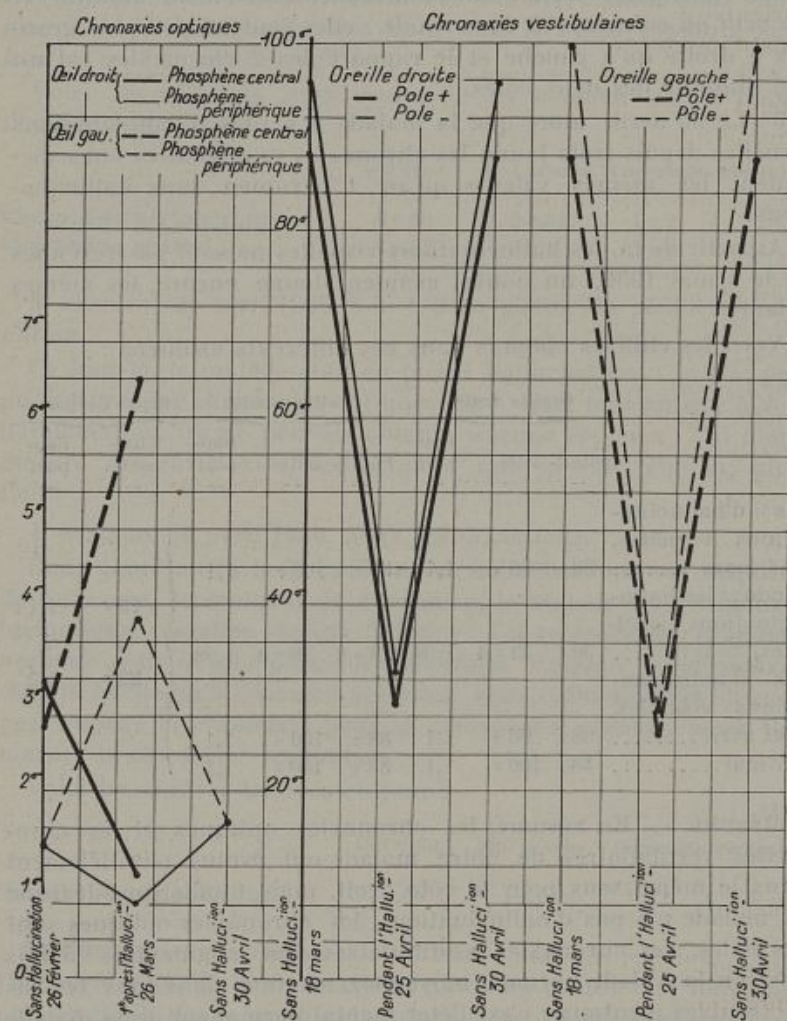
Voici les chiffres obtenus dans ces différents examens :

	Oreille droite			Oreille gauche			Sujets normaux	
	Pôle +	Pôle -	Rapport	Pôle +	Pôle -	Rapport	Chronaxies	Rapport
Pas d'hallucinations visuelles, 18 mars.....	88 σ	96 σ	1,1	88 σ	100 σ	1,1	12 σ à 22 σ	1,1 à 1,2
Pendant les hallucinations visuelles, 25 avril....	30 σ	32 σ ,4	1,08	26 σ ,8	28 σ ,8	1,08		
Pas d'hallucinations visuelles, 30 avril.....	88 σ	96 σ	1,1	88 σ	100 σ	1,1		
5 mai.....	88 σ	100 σ	1,1	88 σ	100 σ	1,1		

RÉSUMÉ. — En résumé, les chronaxies optiques et les chronaxies vestibulaires de notre malade ont évolué parallèlement dans le même sens pour le côté droit, mais tandis que, lorsque la malade n'a pas d'hallucinations, les chronaxies optiques sont normales, les chronaxies vestibulaires sont augmentées (5 fois environ la valeur normale moyenne), comme dans tous les cas de troubles mentaux : c'est l'état mental permanent de la malade que traduit ainsi la chronaxie vestibulaire ; mais, au moment des hallucinations et dans la phase post-hallucinatoire qui les suit immédiatement, les chronaxies optiques et les chronaxies vestibulaires varient ensemble et, pour le côté droit, *diminuent*.

Cette évolution ressort nettement du graphique ci-joint (voir fig. page 644).

CONCLUSIONS. — De la comparaison de nos trois malades, on peut tirer quelques conclusions les concernant, sans les généraliser actuellement, ainsi que je l'ai dit au début de ce travail.



Chronaxies optiques et chronaxies vestibulaires pendant la phase hallucinatoire et en dehors des hallucinations visuelles de Mme Rid. Oct.

1° Chez nos malades, les chronaxies vestibulaires sont plus modifiées chez ceux qui ont des troubles mentaux que chez celui qui n'en a pas, mais a une lésion périphérique de l'oreille. C'est

d'ailleurs ce que j'observe toujours : le fonctionnement cérébral, troublé d'une manière quelconque, retentit beaucoup plus sur la chronaxie vestibulaire que les troubles de l'audition par lésion auriculaire. La chronaxie vestibulaire, de ce fait, prend beaucoup plus d'importance en neurologie et en psychiatrie qu'en otologie.

2° L'une des chronaxies vestibulaires du deuxième malade, atteint d'hallucinations auditives sans lésion de l'oreille, et les deux chronaxies optiques de la troisième malade, atteinte d'hallucinations visuelles, ont diminué à droite, alors que du côté gauche, la chronaxie vestibulaire correspondante du deuxième malade est restée normale et que les chronaxies optiques de la troisième malade ont augmenté.

Je ne puis m'empêcher de rapprocher ces faits de ceux que j'ai constatés dans l'hémiplégie où les chronaxies vestibulaires augmentent des 2 côtés dans l'hémiplégie gauche, alors qu'elles *augmentent* à gauche et *diminuent* à droite dans l'hémiplégie droite, *lorsqu'il y a aphasie* (1). Il semble donc que, au moins chez nos malades, le cerveau gauche joue un rôle prépondérant dans la production des hallucinations comme dans les troubles du langage.

3° Ces faits, très précis, démontrent bien tout l'intérêt qui s'attache à l'étude des chronaxies vestibulaires et optiques en psychiatrie et, si on me permet d'hasarder une hypothèse, on peut se demander si, dans l'avenir, l'étude attentive de ces chronaxies chez un grand nombre de malades atteints d'hallucinations de types divers ne permettra pas de distinguer des hallucinations d'origine centrale et des hallucinations d'origine périphérique.

M. LÉVY-VALENSI. — Le travail de M. Bourguignon est très intéressant, moins par les résultats qu'il apporte aujourd'hui, — car les hallucinations des malades qu'il a étudiés ne sont qu'un élément des syndromes complexes dont ils sont porteurs, — que par les résultats qu'il est en droit d'espérer de l'application de ses recherches sur des délirants exempts de toute intoxication et de toute lésion sensorielle.

La séance est levée à 11 heures 45.

Le secrétaire des séances,
Paul CARRETTE.

(1) G. BOURGUIGNON et Renée DÉJEAN. — *Loc. cit.*

Séance du Lundi 23 Novembre 1936

Présidence : M. VURPAS, président
et M. René CHARPENTIER, vice-président

Le président souhaite la bienvenue à MM. les D^{rs} H. BERSOT, du Landeron, MÜLLER, de Munsingen, et SCHMIDT, de Munchenbuchsee, médecins psychiatres suisses, qui assistent à la séance.

Décès du D^r Raymond Mallet

M. Cl. VURPAS, *président*. — MES CHERS COLLÈGUES,

Lorsque, à la dernière séance de la Société Médico-Psychologique, l'annonce du décès de Raymond Mallet nous parvint dans toute sa brutalité, notre douleur fut grande. Car nous avions pour notre ami une affection profonde et pour ses travaux une estime particulière.

Son œuvre, de même que celle de certains naturalistes, peut être considérée comme un hommage à la grande Unité du Plan de la Nature. Elle nous fait toucher du doigt l'homogénéité des causes présidant à la genèse des troubles mentaux malgré leur multiplicité et leur complication. Les Obsessions et l'Anxiété, les Délires, les Démences en formèrent le centre ; et bien que semblant selon toute apparence, sans lien entre elles, ces affections s'unifièrent sous son influence, dans une communauté d'origine. Mallet s'adressa à la Clinique, à l'Anatomie pathologique et à la Psychologie et montra qu'un examen approfondi de l'état mental des anxieux mettait en lumière des réactions organiques dues à des troubles profonds de l'innervation vago-sympathique et des fonctions endocriniennes. L'anxiété devenait ainsi un syndrome organo-psychique dans lequel les facteurs d'ordre moral et d'ordre physique exerçaient les uns sur les autres une action réciproque.

De même, l'Obsession n'est pour lui qu'un phénomène organo-psychique lié à un trouble de l'élaboration de la sensation, de l'idée, auquel assiste la conscience alarmée. En somme, il lie étroitement le physique au moral et voit entre eux une indisso-

luble union. Par là, les troubles mentaux sont tous solidaires. Ainsi, entre l'idée délirante du mélancolique et l'idée simplement obsédante, il y a étroite parenté. Elles tiennent l'une et l'autre à un trouble fondamental de la synthèse organo-psychique entraînant chez le mélancolique un sentiment de dépersonnalisation, chez l'obsédé un sentiment d'automatisme et traduisant la défaite chez le premier, la lutte chez le second.

Quant aux délires, quelle que soit la variabilité de leur aspect clinique, ils reconnaissent tous la même origine : l'émancipation des processus organo-psychiques. Lorsque le frein de l'autoconduction est déficient congénitalement ou par accident, alors les processus émancipés s'organisent suivant le mode hallucinatoire ou interprétatif. Par contre, la résistance de l'autoconduction est-elle suffisante ? : le trouble s'arrête à l'obsession. Tandis que dans la démence, il n'y a plus d'unité ni intellectuelle, ni affective, donc plus de lien entre l'autoconduction et l'automatisme ; l'inconscience a remplacé la conscience morbide du délirant. Cette discordance mentale est compatible avec une intégrité paradoxale plus ou moins prolongée de l'intelligence et de l'affectivité. Mais plus tard, s'installent à leur tour les lésions cérébrales qui amèneront l'effondrement mental.

Si Mallet unit toujours, dans ses conceptions, l'altération physique au désordre mental, par un juste retour, un de ses maîtres préférés fut amené, dans la seconde partie de sa carrière, à lier le psychique au physique ; Mallet partagea pleinement son opinion, et pour Ern. de Massary, comme pour lui, à côté de la lésion et des symptômes visibles, tangibles, sanctionnés par le Laboratoire, les troubles fonctionnels apparaissent avec toute leur importance, et leur appréciation exacte dépend surtout de l'intensité de réaction du malade.

La pensée scientifique ne fut d'ailleurs pas seule à les unir et leur collaboration se matérialisa également dans le domaine pratique par la création et le développement de ces deux Services dits « d'agités » à Lariboisière et à Beaujon, dont l'utilité et l'importance sociales furent incontestables et où l'aliénation mentale leur apparaissait, non comme une spécialité, mais comme le couronnement de la Médecine. L'action de l'élève sur le maître fut telle que le chef n'hésitait pas à écrire... « que ses Services réussirent grâce à son ami, son ancien interne en Médecine générale, son maître en Psychiatrie, Raymond Mallet ». Ses maîtres en Psychiatrie, qui furent Chaslin, Séglas, Ballet, laissèrent leur empreinte sur sa formation scientifique comme Klippel et Ménétrier le firent en Anatomie pathologique. Et par là, ses conceptions demeurèrent essentiellement françaises. S'il fut amené à

faire certains emprunts aux auteurs étrangers alors en faveur, ce fut pour mieux les combattre et rester fidèle à la « Tradition » qu'il tenait pour une large part de son passage à Bicêtre et à la Salpêtrière.

Ses souvenirs de guerre consignés dans le « Pavillon H », « Dévastations » et « Notations » resteront un modèle d'ironie, de bonne humeur et de clairvoyance. Chez Mallet, le Savant se doublait en effet de l'Artiste, et aussi de l'Homme de Bien. Sa mort plonge dans le deuil ses parents, ses amis, ses malades, et dans les temps troublés que nous vivons, elle constitue une véritable perte sociale.

Au nom de la Société Médico-Psychologique, à laquelle il appartenait depuis de nombreuses années, j'adresse à sa famille nos plus vives condoléances, et je prie Mme Mallet, sa veuve, de recevoir l'expression de nos respectueuses sympathies et de nos sentiments attristés.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 26 octobre 1936 est adopté.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les D^{rs} AUBIN, CRÉMIEUX et VULLIEN, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux* ;

une lettre de M. le D^r TEULIÉ, médecin-chef de l'asile de Vauclaire, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national*. La Société désigne une commission composée de MM. ABADIE, ANGLADE et COURBON, rapporteur, pour l'examen de cette candidature. Le vote aura lieu à la séance du lundi 28 décembre 1936.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. VIGNAUD, au nom d'une commission composée de MM. René CHARPENTIER, VURPAS et VIGNAUD, il est procédé au vote sur la candidature de M. le D^r Maurice FEUILLADE, au titre de *membre correspondant national* :

Nombre de votants	26
Majorité absolue	14

A obtenu :

M. Maurice FEUILLADE	26 voix.
----------------------------	----------

M. le D^r Maurice FEUILLADE, chef de clinique neuropsychiatrique à la Faculté de médecine de Lyon, est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. CODET, au nom d'une commission composée de MM. CODET, MIGNOT et SIMON, il est procédé au vote sur la candidature de M. le D^r A. PIRÈS DE LIMA, au titre de *membre associé étranger* :

Nombre de votants	24
Majorité absolue	13

A obtenu :

M. PIRÈS DE LIMA	24 voix.
------------------------	----------

M. Augusto PIRÈS DE LIMA, directeur des services de Neurologie et de Psychiatrie à l'hôpital Matozinhos, de Porto, est élu *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique.

Déclaration de vacances de 3 places de membre titulaire

Trois places de membre titulaire sont déclarées vacantes. Les candidatures accompagnées d'un exposé de titres et travaux scientifiques devront être parvenues au secrétaire général avant le lundi 28 décembre 1936, date à laquelle sera désignée la commission chargée de l'examen de ces candidatures. L'élection aura lieu à la séance du lundi 28 janvier 1937.

COMMUNICATIONS

Le traitement de la schizophrénie par l'insuline,
par M. MÜLLER, de Münsingen, près Berne.

Nous avons l'impression que les cures d'insuline dans la schizophrénie représentent un réel progrès, elles augmentent les possibilités thérapeutiques qui, jusqu'à présent, étaient peu nombreuses. En même temps, elles nous apportent une quantité de recherches et de problèmes d'intérêt purement scientifique, dont le nombre paraît illimité. Ces problèmes sont du domaine psychopathologique et neurologique tout autant que physiologique et humoral. Leur étude permettra, peut-être un jour, de comprendre l'effet du nouveau traitement, et, ce qui est plus important, de trouver les bases organiques de la schizophrénie.

Mes confrères auront l'occasion de vous parler brièvement de quelques-uns de ces nouveaux problèmes, il m'incombe de vous

donner un aperçu succinct de la technique ainsi que des résultats obtenus en Suisse jusqu'à aujourd'hui.

Sakel introduisit tout d'abord l'insuline dans les cures de sevrage des morphinomanes ; il observa que les états hypoglycémiques amenaient une disparition de l'excitation psychique due aux besoins de la drogue. Il essaya dans la suite d'utiliser cet effet calmant de l'hypoglycémie dans d'autres états de surexcitation psychique, ces essais n'ayant pas de bases théoriques. Il en résulta que des états schizophréniques, agités ou autres, furent bien influencés. L'hypoglycémie provoquée n'avait pas seulement un effet sédatif chez les agités, mais aussi un effet spécifique sur la maladie elle-même.

Dans sa clinique viennoise, Sakel a mis au point une technique que je considère comme méthode classique : je vais vous l'exposer brièvement.

Le traitement est composé de quatre phases. Vous verrez plus tard que la troisième phase n'est en général plus appliquée aujourd'hui.

Le malade étant examiné physiquement, nous commençons la première phase en lui injectant, à jeun, dix à vingt unités d'insuline, suivant le poids et l'état général. Chez nous, cette injection se fait entre 7 heures et 7 heures 1/2. Le malade reste sous l'effet de l'insuline pendant quatre heures environ, sans recevoir un aliment quelconque, à l'exception d'eau pour calmer sa soif. On lui donne ensuite 200 grammes de sucre dans du thé ou du lait et, peu après, son repas de midi habituel. L'ingestion de cette quantité d'hydrate de carbone doit se faire sans exception, même si le malade n'a pas eu de symptômes d'hypoglycémie.

Chaque jour, la quantité d'insuline est augmentée de 5 à 10 unités. Les injections se font quotidiennement à l'exception du dimanche. Petit à petit, les premiers symptômes d'hypoglycémie se manifestent : somnolence, fatigue, tremblement, salivation, transpirations qui peuvent prendre une énorme ampleur. Plus tard, des secousses cloniques dans les extrémités et dans la région du nerf facial et, pour finir, exceptionnellement, des mouvements choréiques et athétosiques, ainsi que des états tétaniques. Mon confrère Bersot vous montrera un film qui se rapporte à ces différentes manifestations.

Par deuxième phase du traitement, nous intitulons le moment où les réactions dues à l'hypoglycémie se sont accentuées à un tel point qu'elles provoquent un choc. Nous entendons par cela, un profond coma avec abolition des réflexes ou du moins apparition de réflexes pathologiques : tels qu'une flexion dorsale du

gros orteil (Babinski) ou la manifestation d'une crise épileptique. Le terme de choc pour ces états n'est pas scientifique, mais consacré par l'usage. Il n'est pas toujours facile de délimiter le choc des grandes manifestations hypoglycémiques de la première phase. Nous nous sommes entendus d'appeler choc l'état qui ne permet plus au malade de prendre lui-même la solution de sucre pour interrompre la crise d'hypoglycémie ; dans ce cas, on introduira la solution au moyen de la sonde nasale ou par injection intraveineuse. (Injection de 20 à 100 cm³ d'une solution de sérum glucosé à 33 %). Au moyen de la sonde, le réveil se fera en six à douze minutes ; il sera presque toujours instantané par injection intra-veineuse. Cette injection ne donnant qu'une hausse momentanée de la glycémie et jamais une neutralisation de la quantité d'insuline utilisée, il faudra toujours la compléter par du sucre pris par la bouche.

A moins de complication, le malade restera environ deux heures dans le coma. L'observation minutieuse du pouls, de la pression artérielle de la respiration, de l'aspect du teint, l'apparition de secousses plus violentes et l'expérience acquise, permettront d'en fixer la durée et de savoir s'il y a lieu d'intervenir, ou si l'on peut attendre plus longtemps.

La deuxième phase des chocs journaliers sera prolongée jusqu'à obtention d'un résultat thérapeutique à moins qu'il ne faille renoncer au traitement, le malade ne s'y prêtant pas. La troisième phase, consistant en plusieurs journées sans injection, a été abolie. Par contre, on intercale un jour de repos le lendemain d'une crise épileptique ou d'un coma particulièrement profond.

La phase quatre n'est pratiquée que dans les cas favorables. Elle consiste en injections d'insuline à petite dose, afin d'éviter des réactions d'hypoglycémie marquée ou de choc. L'hypoglycémie qui fait suite à cette petite dose d'insuline est toujours interrompue après deux heures. Cette dernière phase doit consolider le résultat obtenu, et sera continuée jusqu'au licenciement du malade.

Je tiens à souligner que dans toutes les phases de la cure, le traitement n'est appliqué que dans la matinée. Le reste de la journée, les malades sont aptes, même après le choc provoqué du matin, à se promener ou à travailler. D'après nos observations, la phase 1 dure huit à dix jours, au maximum trois semaines. La phase 2, en moyenne trois à quatre semaines, au maximum deux mois et demi. La phase 4, une à trois semaines, selon les possibilités de licenciement. La durée complète du traitement varie donc entre deux à trois semaines et trois mois au maximum.

Le temps disponible ne me permettant pas de décrire la méthode longuement, je tiens à ajouter quelques détails à ce compte rendu sommaire. Les quantités d'insuline nécessaires pour obtenir des états d'hypoglycémie grave, tout particulièrement des chocs, sont très variables, suivant la sensibilité individuelle à l'insuline. Nous avons vu des malades présentant des comas prononcés après 10, voire 8 unités, et d'autres auxquels une progression jusqu'à 200 unités n'amenait aucune réaction physique. Nous avons même observé un cas résistant apparemment à l'insuline, qui ne présentait aucun symptôme d'hypoglycémie après une injection de 260 unités. En général, la quantité d'insuline nécessaire pour provoquer un choc varie entre 40 et 100 unités. Les différentes sensibilités à l'insuline dépendent probablement, ainsi que Rathery l'a exposé, de particularités du système endocrinien, surtout de l'appareil hypophysaire et surrénal. Il importe de savoir pour l'application de la cure que cette sensibilité individuelle peut encore se modifier pendant le traitement même. Nous observons parfois une accoutumance à l'insuline nécessitant une augmentation de la dose pour obtenir les mêmes réactions physiques. Plus fréquemment, il y a une sensibilisation à l'insuline, qui permet d'en diminuer la quantité. A titre d'exemple, tel malade qui, dans la première phase, ne présentait pas encore de symptôme d'hypoglycémie avec 150 unités, et fit un coma avec 190, eut plus tard régulièrement un choc violent avec 80 à 90 unités. Par conséquent, la dose d'insuline atteinte pour provoquer un choc n'est pas immuable. Au bout de quelque temps, il faut tâcher d'utiliser de plus petites doses, afin d'éviter des quantités excessives d'insuline.

Il est important de relever qu'il n'y a pas de rapport direct entre l'hypoglycémie obtenue et l'intensité de la réaction clinique. Nous constatons souvent un abaissement de la glycémie à 300, voire 250 milligrammes par litre, sans que le malade ne présente aucune réaction d'hypoglycémie. D'un autre côté, nous avons observé quelques cas qui, avec une glycémie de 700 milligrammes par litre, firent un coma manifeste. Par conséquent, retenons que le taux de la glycémie ne nous permet pas de prévoir les réactions cliniques.

Il ne nous a pas été possible d'expliquer pour quelles raisons la réaction d'hypoglycémie se fait une fois en somnolence et coma, et une autre fois, en secousses myocloniques et crises épileptiques. Il n'est pas rare d'observer un malade qui passe subitement de l'état de conscience en crise épileptique et qui, d'autres fois, perdra connaissance, sans aucune crise spasmodique.

Nos recherches ont révélé que ceux qui ont des crises épileptiques ne sont pas plus chargés héréditairement que les autres. L'apparition de ces réactions comitiales n'est pas non plus en rapport avec le cycle des crises tel que nous le voyons chez de vrais épileptiques dans notre asile.

Les accidents qui nous obligent à interrompre l'hypoglycémie, de façon précoce et rapide, au moyen de l'injection intra-veineuse, sont, à part la crise épileptique, les troubles circulatoires sérieux, le collapsus, l'arrêt de la respiration, la respiration-type Cheyne-Stoke, les secousses myocloniques violentes et le spasme de la glotte. L'apparition d'une aphasie persistant plusieurs heures après l'interruption, plus rarement d'hémiplégie, sont des manifestations très désagréables. Même, si tous les symptômes d'hypoglycémie ont disparu, à la suite de l'ingestion d'une quantité suffisante d'hydrate de carbone, un choc, dit tardif, est encore possible, une nouvelle hypoglycémie pouvant se présenter spontanément à la fin de l'après-midi ou pendant la nuit.

Il est évident que le traitement par l'insuline comporte certains dangers et exige une application prudente et consciencieuse. Les conditions suivantes me paraissent nécessaires : le médecin qui veut entreprendre pareille cure acquerra son expérience dans un établissement où ce genre de traitement est déjà pratiqué ; les connaissances livresques étant insuffisantes. Les médecins suisses, sans exception, ont fait un stage plus ou moins long à Vienne ou à Münsingen. Pendant toute la durée de l'hypoglycémie, soit de 7 heures du matin à midi, un médecin se tiendra à la disposition immédiate des malades. Un personnel consciencieux, instruit, étant au courant des manifestations d'hypoglycémie, assistera ce médecin. Nous estimons que deux à trois infirmières sont nécessaires dans une salle de trois à cinq malades. Les malades isolés auront leur garde privée. Il va de soi que le traitement d'insuline ne peut être appliqué que dans les établissements cliniques.

Ces conditions admises, les dangers en sont sensiblement réduits. Jusqu'ici, des lésions définitives du système nerveux ou du cœur n'ont jamais été relevées. Le docteur Hadorn a examiné nos malades en série, à l'aide de l'électro-cardiogramme, il a constaté régulièrement des modifications pendant la crise d'hypoglycémie : abaissement du tracé S.T., nivellement ou même disparition de l'accident T. Cependant, ces modifications ne sont que passagères et disparaissent à la fin du traitement. Celui-ci est contre-indiqué en cas d'affection cardiaque grave et exigera un

surplus de prudence chez les personnes qui présentent des signes d'artério-sclérose.

Le taux de la mortalité est relativement petit, si le traitement est appliqué avec soin. Sur 200 cas traités à Vienne, il y eut 3 décès. Le premier survint au début et fut causé par une insuffisance d'ingestion d'hydrate de carbone ; il aurait pu être évité. Le deuxième était atteint de sclérose coronaire qui n'avait pas été diagnostiquée préalablement. Après avoir supporté toute une série de chocs, il sortit un jour de son coma, pour s'affaïsser. Le troisième présenta de nombreuses nécroses du pancréas, dont l'origine et les rapports avec le traitement d'insuline ne sont pas encore éclaircis. Sur 136 cas traités en Suisse, il y eut, jusqu'ici, un seul décès. Il s'agissait d'une femme de 51 ans. L'autopsie ne donna qu'un cœur petit ; elle avait présenté plusieurs états comateux, sans manifestation dangereuse ; la mort survint par œdème pulmonaire deux heures après l'introduction de la solution du sucre.

En résumé, sur plus de 300 malades traités, 4 décès, ce qui donne un taux de mortalité de 1,3 %. Il faut considérer ce chiffre comme modique, si l'on tient compte de la gravité et du mauvais pronostic de la maladie.

J'ai introduit le traitement en Suisse en septembre 1935, après l'avoir étudié à Vienne. Depuis, plusieurs de mes confrères l'ont aussi appliqué dans leurs cliniques. Jusqu'à ce jour, 136 malades avaient terminé leurs cures. 69 avaient subi leur traitement sous ma direction et 67 en dix autres cliniques.

Toute statistique se rapportant aux résultats thérapeutiques dans la schizophrénie est très discutable, les mobiles en sont connus : 1° la fréquence de rémissions spontanées de la schizophrénie ; 2° l'estimation partiellement subjective du degré de guérison ; 3° la schizophrénie différemment interprétée suivant les pays. Je ne veux pas m'étendre sur ces difficultés, vous verrez que nous en avons tenu largement compte pour l'élaboration de notre statistique. Les résultats provenant de 11 observateurs différents en augmentent la valeur. Les erreurs d'interprétation de ces observateurs se corrigent en partie les unes par les autres. Personnellement, je préfère juger la méthode par des cas typiques et suivre le progrès pendant le traitement.

La statistique comprend trois groupes :

- 1) les rémissions totales ;
- 2) les améliorations ;
- 3) les insuccès.

Nous nous sommes efforcés d'interpréter d'une manière très sévère le terme de « rémission totale ». Ces rémissions totales ne comprennent que les cas de rétablissement *complet* de la personnalité, au point de vue affectif compris. Ils devront retrouver leur capacité de travail et se rendre compte de leur état maladif antérieur. Par suite de ces délimitations strictes, certains cas à recouvrement total de la capacité professionnelle et à bonne rémission au point de vue social, figureront dans le groupe des améliorés parce qu'ils présentent des déficiences au point de vue affectif, n'existant pas avant l'éclosion de la maladie. Les cas dénommés « rémission totale » sont des rétablissements absolus, néanmoins nos observations ne datant que d'une année, il est prématuré de conclure pour l'avenir.

Une autre classification se base sur la durée de la maladie jusqu'au début du traitement. Comme la précédente, elle se compose aussi de 3 groupes, selon que la maladie a duré moins de 6 mois, entre 6 et 18 mois, ou depuis plus d'un an et demi.

Sur le tableau, vous trouverez les résultats de cette statistique. Il en ressort, pour le premier groupe datant de moins de 6 mois, 73 % de rémission totale. En y ajoutant les améliorés, nous arrivons à un résultat de 89,8 %. Pour les cas du deuxième groupe, les pourcentages sont de 50 % pour les rémissions totales et de 82 % si l'on y ajoute les améliorés. Enfin, pour le troisième groupe datant de plus d'une année et demie, les rémissions totales figurent pour 0,5 %, mais de 45 % avec les améliorés. Si la maladie dure depuis plus d'un an et demi, les chances de rémission totale seront donc bien diminuées, pour ne pas dire exceptionnelles. Par contre, nous verrons encore un certain nombre d'améliorations. La cure d'insuline est par conséquent un traitement précoce de la schizophrénie. Ces constatations peuvent facilement être critiquées, cette maladie présentant spontanément des rémissions au début de l'affection. Je suis d'accord : cependant je ne crois pas que les rémissions spontanées puissent atteindre un taux aussi élevé que dans les deux premiers groupes. Une coïncidence me paraît exclue, donc il n'y a pas de raison valable de douter de la méthode. Afin d'approfondir ce problème, j'ai prié les différents confrères appliquant ce traitement de me faire connaître leurs pronostics quant à une rémission spontanée. Dans 60 cas de rémission totale, à la suite du traitement, le pronostic, avant de commencer le traitement, était désigné comme bon dans 17 cas, douteux dans 21 et mauvais dans 22 cas.

Cependant, ces statistiques me semblent moins importantes

que l'observation méthodique des cas et des réactions psychiques survenant pendant le traitement. Nous distinguons trois groupements de phénomènes psychopathologiques à la suite de cures d'insuline ; ils sont d'un grand intérêt théorique et je regrette de devoir en parler si brièvement .

Le premier groupe comprend les réactions psychiques qui apparaissent pendant l'hypoglycémie, soit pendant la période précédant le coma, soit après l'interruption. Les malades deviennent plus ouverts au point de vue affectif, les catatoniques moins raides, les hallucinations s'atténuent ou disparaissent. Ils se rendent compte de leurs idées morbides, les critiquent et les corrigent. Cette amélioration s'accroît et augmente en durée avec l'évolution du traitement.

Un deuxième groupe comprend des réactions psychopathologiques qui n'ont rien à faire avec la schizophrénie. Ce sont des psychoses d'insuline telles que Gravano, Wuth et Wilder les ont décrites chez les diabétiques mentalement sains ; elles étaient provoquées par un excès d'insuline. Des psychoses semblables ont été décrites à la suite d'hypoglycémie spontanée. Il s'agit surtout de réactions motrices et d'états maniaques et hystériques, ainsi que le film du D^r Bersot vous le démontrera.

Le troisième groupe, par contre, paraît présenter, à la suite de l'hypoglycémie, une accentuation de la psychose schizophrénique primitive. Chez ceux qui sont en traitement depuis un certain temps, cet effet est d'autant plus marqué que des signes de rétablissement s'étaient déjà manifestés.

Les symptômes typiques et individuels réapparaissent.

Toutes ces réactions psychopathologiques peuvent être considérées comme une preuve de l'effet de l'hypoglycémie sur le psychisme. (Leur apparition permet de prévoir un résultat favorable du traitement).

Il est difficile de se faire une idée de cette nouvelle méthode de traitement sans en connaître un grand nombre de cas. Je pourrais vous citer de nombreuses histoires de malades qui démontrent de façon précise les rapports entre le traitement insulinaire d'une part et la rémission totale ou l'amélioration d'autre part. Rien ne peut permettre d'admettre *post hoc ergo propter hoc*.

Il n'est pas encore possible de définir quelle forme de la schizophrénie se prête à ce nouveau traitement. Il est néanmoins certain que les formes paranoïdes réagissent le mieux. Ceci est d'autant plus intéressant que cette variation de la schizophrénie

présentait un pronostic très défavorable et résistait à tout traitement. De même, l'insuline est appliquée avec succès chez les catatoniques pour autant qu'ils ne sont pas en état de stupeur et de mutisme complet. Les formes essentiellement périodiques, à alternatives d'amélioration et d'aggravation souvent menstruelles, sont rebelles au traitement ; nos essais ne nous ayant pas permis d'en interrompre le cycle.

Pour être complet, je vous parlerai d'expériences acquises tout récemment. Une modification de la technique, telle que je viens de vous la décrire, peut parfois changer le résultat du traitement. A l'heure qu'il est, nous ne savons pas encore quelle réaction hypoglycémique est efficace, est-ce l'hypoglycémie légère, le coma profond, ou le choc épileptique. Il y a des cas qui présentent une rémission en première phase, sans jamais avoir eu de choc. D'autres ne s'amélioreront manifestement qu'après un état comateux. D'autres, enfin, ne présentent aucun changement, malgré les chocs successifs, une aggravation semble même survenir. Dans ce cas, une variation de la technique consistant à continuer les doses de choc, mais à interrompre l'hypoglycémie avant l'apparition du coma, donnera de bons résultats. Si la plupart du temps, la crise épileptique ne produit aucun effet, il y a néanmoins quelques cas où celle-ci semble amener une évolution vers la rémission. Il faut être prudent en appliquant ces modifications, elles ne sont autorisées que si l'on a acquis l'expérience nécessaire par la méthode classique. Nous parviendrons certainement à traiter chaque cas individuellement. Les différentes formes de la schizophrénie exigent une méthode de traitement particulière afin d'obtenir de meilleurs résultats.

Ceci nous amène au problème théorique de l'effet du traitement. Il faut reconnaître que nous sommes encore très peu renseignés. Pour ma part, je ne saurais admettre le point de vue de Sakel. Nos expériences nous ont prouvé qu'il ne peut s'agir d'un choc non spécifique tel que nous l'utilisons dans d'autres procédés thérapeutiques. La somnolence, ainsi que l'adynamie, dont l'effet est manifeste dans les cures de sommeil, n'entre pas non plus en considération pas plus que le changement de milieu, les soins très suivis donnés au malade. Une étude précise et approfondie des phénomènes humoraux de l'hypoglycémie, telle qu'elle est pratiquée par Georgi, nous permettra de résoudre l'énigme. D'après ses recherches, il s'agirait de transformations profondes du système endocrinien.

L'histopathologie du choc insulinique,
par M. H. SCHMID, de Munchenbuchsee.

Pour comprendre l'anatomie du choc insulinique qui semble être le phénomène central dans le traitement de la schizophrénie d'après Sakel, il me semble nécessaire de se rendre compte d'abord de la physiopathologie de l'hypoglycémie. Quoique, cliniquement, l'abaissement du taux de la glycémie soit le symptôme principal et que l'administration d'hydrates de carbone fasse disparaître presque instantanément tout le syndrome complexe de l'hypoglycémie que le D^r Müller vient de dessiner magistralement et que le film du D^r Bersot a illustré, nous devons considérer comme non moins important, du point de vue anatomique, la production intense d'adrénaline. Dans un sang normal, il est impossible de déceler, avec des méthodes biologiques, l'adrénaline, mais cela est possible dans l'hypoglycémie. Comme nous connaissons l'action vasomotrice de cette substance, il est à prévoir que la modification hémodynamique joue un grand rôle, sinon même le rôle le plus important, dans l'anatomopathologie du choc insulinique, surtout si nous nous servons d'une insuline qui ne contient pas de vagotonine. En effet, les recherches de Heilbrunn et de Gross sur la formule leucocytaire et les modifications dans la pression artérielle nous annoncent que le syndrome hypoglycémique se compose d'une part de symptômes de vagotonie (abaissement de la température, bradycardie, transpirations avec sueur collante et froide), d'autre part de symptômes de sympathicotonie tels que la leucocytose, l'augmentation de la pression artérielle maxima, la tachycardie, l'augmentation considérable du métabolisme basal, de sorte que le syndrome est celui d'une neurotonie intriquée d'après la terminologie de Guillaume.

Il est important de retenir les modifications de la circulation auxquelles nous pouvons attribuer surtout les altérations anatomopathologiques du système nerveux central. Je me bornerai, dans cette communication, à exposer ces altérations, dues dans une grande mesure à des modifications de l'irrigation cérébrale. En ce qui concerne l'histophysiologie des glandes à sécrétion interne, les travaux de Collin, Drouet, Watrin et Florentin, de Kahn, de Picard et Florentin, de Lacoste, Aubertin et Saric, de Langecker, Goormaghtigh et Elaut et maints autres nous renseignent suffisamment sur les relations entre l'insuline et l'appar-

reil endocrinien. Il nous semble important d'attirer l'attention sur l'abaissement parfois excessif de la glycémie. Le sang, presque dépourvu d'hydrates de carbone, de matières de combustion de premier ordre, ne peut en fournir assez aux cellules nerveuses. Elles subiront donc une inanition temporaire et ce changement de l'afflux des matières nourricières ne peut rester sans répercussion sur la fonction et par conséquent aussi sur l'ensemble anatomique du tissu cérébral.

Déjà en 1929, Gozzano fit des recherches sur l'histophysiologie insulinique du névraxe, des recherches ultérieures de Stief et Tokay en 1932 et 1935, et de Tani en 1935 nous ont fait connaître le syndrome anatomique de l'intoxication insulinique de cet organe. En résumé, ces recherches ont démontré que l'effet de l'insuline sur le cerveau est non seulement considérable, mais, dans le sens propre du mot, néfaste. Ces auteurs trouvèrent des lésions cellulaires irréversibles, pycnose et hyperchromatose nucléaires, sclérose cellulaire, maladie grave des gangliocytes de Nissl et surtout disparition des cellules ganglionnaires dans les couches corticales, semblables à celles qu'on trouve dans les régions ramollies par thrombose, ce que Spielmeyer appelle « Zellschattenbildung » ou bien « Erbleichung ». Il s'agit ici de données expérimentales sur le chien et sur le lapin. Wohlwill, Bodechtel, Wolff et d'autres ont trouvé, chez l'homme mort dans le choc hypoglycémique (il s'agissait surtout de diabétiques avec surinsulinisation), une sécheresse du cerveau avec une activation de la névroglie très intense. C'est là pour eux un symptôme spécifique de l'intoxication insulinique, quoique ces altérations décrites par les auteurs qui ont fait leurs études sur des animaux, ne manquaient non plus pas, mais n'étaient pas très considérables. Dans un cas particulièrement intéressant, il s'agissait d'un médecin morphinomane qui s'était désintoxiqué avec l'insuline, pour devenir insulinomane, et mourut dans le coma hypoglycémique ; de Morsier a trouvé des proliférations gliales périvasculaires et surtout des hémorragies capillaires. Tout cela nous semble naturel si nous considérons ces altérations comme dues au ralentissement et la préstase de la circulation capillaire d'un côté et au manque de matières combustibles dans le sang de l'autre. Les crampes épileptiformes, les irritations myocloniques nous semblent l'expression clinique de l'anoxémie cérébrale, comme elle a aussi été décrite par Buchner et Luft dans la chambre de décompression atmosphérique, où ils ont trouvé des altérations anatomiques ressemblant fort à ce que nous venons de décrire. De même, les recherches de Neuburger sur la neuro-

histopathologie de l'embolie graisseuse et par l'air, confirment notre conception que les facteurs vasculaires jouent un rôle principal dans la genèse des altérations en suite de l'hypoglycémie, qu'elle soit expérimentale ou non. Sa description ressemble presque textuellement aux données surtout de Bodechtel, mais aussi de Wohlwill.

Vis-à-vis de ces faits, de l'image microscopique très impressionnante de l'intoxication insulinaire, nous nous sommes demandé si un traitement avec de tels dangers pour l'intégrité cérébrale avait une raison d'être dans une thérapeutique sérieuse, même dans une maladie qui ne présente pas plus de chances thérapeutiques que la schizophrénie. Nous avons expérimenté sur des lapins la méthode de Sakel de la même façon et en même temps que chez nos malades. Nous avons modifié sur un point essentiel la méthode des investigateurs qui, avant nous, s'étaient occupés de la question. Nous n'avons pas, comme eux, à l'exception de Tani, laissé mourir les animaux dans le coma glycoprive, mais nous leur avons administré par voie parentérale du glucose au moment où se présentaient des symptômes graves d'hypoglycémie, soit un coma profond avec disparition des réflexes tendineux, soit après l'apparition des crises épileptiques. Nous avons fait l'observation que les crises épileptiques se présentent bien plus souvent chez nos animaux que chez nos malades, quoique les quantités d'insuline aient été à peu près les mêmes, soit une à deux unités par kilo. Les crises épileptiques étaient généralement d'une violence extrême et se répétaient en status mortel sans administration de glucose. Les 11 lapins que nous traitions au glucose ont tous subi des séries d'hypoglycémies journalières jusqu'à une durée de trois semaines avec un nombre variable de crises entre 2 et 28.

A priori, nous nous attendions à des altérations moins graves que dans les expériences de nos prédécesseurs, déjà parce que les altérations en suite de l'agonie n'étaient pas à prévoir, vu que nous tuions nos lapins en général quelques heures après le dernier choc. Nous pensions trouver, surtout chez les animaux ayant subi beaucoup de crises épileptiques, les altérations connues et maintes fois décrites dans la région de la corne d'Ammon et là où des recherches antérieures avaient décelé des lésions dans les différentes couches corticales et quelques régions diencéphaliques telles que les noyaux supraoptique, suprachiasmatique et habénulaires. A notre grande surprise, la corne d'Ammon se trouva toujours intacte comme le prouve la figure 1, Tani y trouvait une sclérose même après administration de glucose ; Stief

et Tokay, dans leur mémoire de 1932, écrivent que dans la bandelette de la corne d'Ammon ne restait guère qu'une cellule intacte. Dans le cortex cérébral, qui serait d'après Stief et Tokay,



FIG. 1. — Corne d'Ammon.
Lapin N° 3. Nissl. Gross. 28.



FIG. 2. — Ecorce cérébrale, région pariétale. Lapin 2, Nissl. Gross. 46.

gravement altéré avec disparition laminaire et disséminée de cellules ganglionnaires, troubles de l'architecture régionale, etc., nous ne trouvons, avec de faibles grossissements, pour ainsi dire,



FIG. 3. — Gaines myéliniques.
Ecorce pariétale. Lapin 2,
Spielmeyer. Gross. 46.

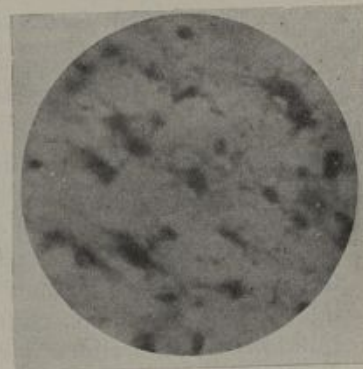


FIG. 4. — Suractivation de la névroglie. Lapin 5. Première couche corticale, Nissl. Gross. 560.

rien de pathologique (fig. 2 et 3). On ne voit ni raréfaction laminaire, ni disséminée, mais on peut déjà reconnaître une certaine prolifération gliale, surtout dans la couche suprême (fig. 4). Un

fort grossissement laisse voir une suractivation nette de la névroglie avec apparition du corps plasmatique des cellules, en outre une augmentation prononcée de celles-ci et une légère tuméfaction des cellules microgliales, décrite dans beaucoup d'états pathologiques n'intéressant même pas spécialement le névraxe par Tronconi (fig. 5). Dans les couches plus profondes de l'écorce, les cellules montrent parfois une sclérose et pycnose prononcées. Nous n'osons pas attribuer cette altération uniquement à l'action de l'insuline, puisque chez le lapin il est physiologique de trouver, dans l'écorce cérébrale, un certain nombre de cellules sclé-



FIG. 5. — Cellule microgliale en désintégration grumeleuse, imprégnation argentique de Weil. Lapin 5. Gross. 352.

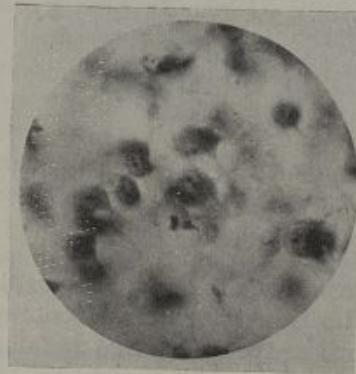


FIG. 6. — Gangliocytes de la 2^e couche corticale. Lapin 6. Nissl. Gross. 560.

rosées (B. Ostertag). Ce que nous aurons à attribuer à l'action toxique de l'insuline, c'est certainement une certaine tuméfaction des corps cellulaires et la prolongation des ramifications dendritiques perceptibles par la coloration de Nissl, parfois aussi une certaine tigrolyse, mais pas d'altérations graves du corps cellulaire. Il n'y a donc, pour ainsi dire, pas d'altérations neurocellulaires irréversibles à constater (fig. 6) avec cette méthode de choix pour le diagnostic de l'état des cellules ganglionnaires. En ce qui concerne les gaines myéliniques, la méthode de Spielmeyer sur coupes à congélation, que nous pouvons considérer comme la plus exacte, ne décèle pas d'altérations spécifiques. Stief et Tokay trouvent des ballonnements des cylindraxes et des gaines prononcées que nous n'avons pu voir. La fig. 3 nous montre en effet que même les plexus supraradiaires sont bien imprégnés.

Dans les régions médullaires du télencéphale se fait surtout sentir la suractivation déjà décrite de la névroglie astro- et micro-cytaire, dans les ganglions basaux. La disparition des petites cellules du noyau caudé, décrites par Stief et Tokay, ne se fait sentir que d'une façon très restreinte ; nous voyons par-ci par-là une cellule avec des neuronophages autour d'elle, mais les préparations au scharlach ne nous montrent pas d'accumulation de substances graisseuses dans ces cellules. En outre, il y a aussi, et surtout dans les noyaux et la substance grise de la moelle, une suractivation et une prolifération de la névroglie, sans pourtant formation de gliarosetten. On y trouve plutôt, sur des coupes longitudinales, des gliocytes sériés. Les imprégnations argentiques font voir les mêmes altérations gliales que dans l'écorce. L'altération des gangliocytes est moins accentuée ici que dans l'écorce.

Le cervelet montre des altérations surtout dans la couche des cellules de Purkinje. On y trouve une légère tuméfaction du corps cellulaire et parfois aussi des ramifications dendritiques, mais le plus souvent une perte des corps thyro ides, et une homog nisation protoplasmique, mais pas de disparition de cellules. La prolifération gliale y est moins accentuée que dans les autres parties et ne se fait sentir que modérément dans la couche moléculaire.

Quant au système vasculaire, et cela compte pour le névraxe entier, il faut mentionner les altérations suivantes :

D'après nos connaissances pharmacologiques, nous nous attendions à une hyperémie plus ou moins marquée, due surtout à l'action de l'adrénaline dont nous savons qu'elle peut provoquer une dilatation des vaisseaux cérébraux. Il s'agit d'une hyperémie capillaire, avec symptômes de pr stase surtout, leucocytes aux bords des vaisseaux, mais en aucun cas nous n'avons pu voir des hémorragies, ni des œdèmes périvasculaires. Les capillaires sont souvent aussi dilatées, mais vides, ce qui peut être la suite d'une élution par le fixateur.

Si nous comparons les résultats de nos recherches avec celui des auteurs hongrois Stief et Tokay, et le travail encore plus récent de Tani, qui n'a été mis à ma disposition qu'en résumé, nous notons une différence notable en ce qui concerne la gravité des altérations. Contrairement à ces auteurs, nous n'avons pas trouvé de lésions graves. Nous attribuons cette différence au fait que l'intoxication n'a pas été poussée jusqu'à l'issue mortelle. Nous n'avons en outre, excepté peut-être la modification de la microglie, rien trouvé qui soit spécifique pour l'intoxication insu-

linique. Il nous semble plutôt que les altérations constantes soient la conséquence de la modification circulatoire, due surtout comme nous l'avons déjà mentionné, au débit complémentaire d'adrénaline. Cela nous semble corroboré par les recherches expérimentales de Stief et Tokay sur l'intoxication adrénalinique ; ils aboutissent sensiblement au même résultat qu'avec l'insuline.

Comme jusqu'à présent nous n'avons heureusement pas encore observé nous-même d'accident mortel qui nous aurait permis de faire des études anatomopathologiques chez l'homme, nous nous sommes limité aux recherches chez l'animal. Il nous paraît important d'étudier l'effet anatomopathologique du traitement de Sakel. Ce traitement, comme nous l'avons vu, n'est pas sans provoquer certaines modifications histopathologiques. Ces dernières ne sont cependant pas graves au point d'être une contre-indication formelle à ce mode de traitement. La psychiatrie ne peut que se féliciter d'avoir maintenant à sa disposition une arme de plus et très efficace contre une maladie aussi gravement irrémédiable que la schizophrénie.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERTIN, LACOSTE, SARIC. — *C.R. Soc. Biol.*, t. CXXI, 1936.
 BODECHTEL (G.). — *Dtsch. Arch. klin. med.*, t. CLXXV, p. 188, 1933.
 BUCHNER et LUFT. — *Beitr. path. Anat.*, 96, 1936.
 COLLIN, DROUET, WATRIN et FLORENTIN (3 trav.). — *C.R. Soc. Biol. de Nancy*, t. CVIII, 1931.
 FLORENTIN et PICARD. — *C.R. Soc. Biol.*, t. CXX, p. 90, 1935.
 GOORMAGTIGH et ELAUT. — *C.R. Assoc. Anat.*, 22, 1927.
 GOZZANO. — *Boll. Soc. Biol. Sperimentale*, t. IV, 1929.
 GROSS (M.). — *Schw. med. Wschr.*, t. LXVI, 1936.
 HEILBRUNNG. — *Schw. med. Wschr.*, t. LXVI, 1936.
 KAHN. — *Bull. Hist. Appl.*, t. XII, 1935.
 LACOSTE, AUBERTIN, SARIC. — *C.R. Soc. Biol.*, t. CXXI, 1936.
 LANGECKER (H.). — *Arch. exp. Path. und Pharmac.*, t. CXXXIV, 1928.
 DE MORSIER. — *Communication à l'assemblée de la Société suisse de Psychiatrie*, Fribourg, 1935.
 NEUBURGER (K.). — *Z. Neur.*, t. XCV, 1925.
 SAKEL (M.). — *Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie*, M. Perles, Vienne, 1935.
 SCHMID (H.). — *Schweiz. Med. Wschr.*, t. LXVI, 1936.
 STIEF et TOKAY. — *Arch. f. Psych.*, t. XCVI, 1932, *Z. Neur.*, 139, 1932, *Z. Neur.*, 153, 1935, *Journ. nerv. et ment. dis.*, t. CLXXXI, 1935.
 TANI. — *Psych. et neur. Fol.*, Japon, 39, 1935.
 TRONCONI. — *Riv. Pat. nerv. e ment.*, 46, 1935.
 WOHLWILL (Fr.). — *Klin. Wschr.*, t. VII, p. 344, 1928.
 WOLFF (Ad.). — *Thèse d'Erlangen*, 1935.

Le syndrome neurologique du choc insulinaire, par M. H. BERSOR, Clinique Bellevue, Le Landeron, Neuchâtel (Suisse).

Comme il est aisé de le voir sur le film que nous vous projetons, l'organisme du malade soumis à l'action de l'insuline à doses croissantes subit de profondes modifications : transpiration abondante, salivation exagérée, modifications de la pression artérielle, de l'électrocardiogramme, modifications humorales (teneur du sang en calcium, leucocytose, sédimentation, etc.), modifications végétatives et sécrétoires, etc. Déjà quelques auteurs ont étudié les modifications produites par l'insuline ou par l'hypoglycémie qu'elle provoque (1).

Nous nous proposons d'examiner ici les manifestations d'ordre neurologique provoquées par le traitement insulinaire.

En général, pendant la première phase d'insulinisation progressive, où le malade reste conscient, se produit un certain apaisement. Le malade reste tranquille, se laisse gagner par une certaine somnolence dont il sort au moindre bruit. En même temps, il transpire fortement ; cette sudation généralisée est parfois si abondante que toute la literie en est imbibée. La salivation aussi devient très abondante, provoquant parfois un filet continu de salive qui coule de la commissure labiale. Le visage devient rouge, congestionné, d'autres fois au contraire pâle, comme anémique. Le pouls s'accélère ou au contraire se ralentit, jusqu'à 45 à 50 pulsations à la minute.

A mesure que l'insulinisation est plus profonde, plus accentuée, ces phénomènes augmentent d'intensité : il y a perte progressive de la conscience. Le malade ne répond plus aux questions qu'on lui pose, devient incapable de boire lui-même le thé sucré. Il entre dans la seconde phase du traitement : phase de perte de connaissance.

C'est durant les premières semaines où le malade est dans cette phase qu'apparaissent les phénomènes neurologiques sur lesquels il nous paraît utile d'attirer votre attention. Pour mieux vous les présenter, nous en avons pris un film cinématographique que nous vous montrerons tout à l'heure.

Les premières manifestations motrices se produisent au

(1) STIEF et TOKAY. — *Ztschr. f. die ges. Neurol. u. Psych.*, 139, 1932.

M. GROSS. — Insuline et Schizophrenie. *Schw. med. Wschr.*, n° 29, 1936.

HADORN. — Les modifications de l'électrocardiogramme par l'insuline. *Schw. med. Wochenschr.*, n° 27, 1936.

H. SCHMID. — Zur Histopathologie der Sakel'schen Hypoglykaemiebehandlung der Schizophrenie. *Schw. med. Wochenschr.*, n° 40, 1936.

visage et au cou. Les lèvres s'avancent en avant, comme en une moue qui se prolonge, ou bien de côté, comme si le visage devenait hémiparétique ou encore elles s'entr'ouvrent en éventail ou en un rictus fortement élargi, découvrant les dents. Ces mouvements sont lents, ont une allure spastique et rappellent certains troubles de la mimique que l'on constate chez les encéphalitiques.

D'autres fois se sont de véritables secousses musculaires, rythmées, mouvements cloniques limités à certains muscles de la joue ou des lèvres ou des paupières, ou du menton. Lorsque ces contractions cloniques sont généralisées dans tout le visage, elles provoquent une mimique extrêmement vive, la bouche se tord, les yeux s'ouvrent et se ferment, tout le visage est agité par des tiraillements, la bouche reste entr'ouverte, les lèvres constamment agitées, d'autres fois ces contractions cloniques sont moins généralisées, le visage semble alors tiraillé constamment comme par des tics (clignement des paupières, tiraillement des commissures labiales ou de la houppe du menton, etc. Parfois le visage reste au contraire totalement figé et immobile, les yeux grands ouverts ont de lents mouvements pendulaires de va-et-vient, mouvements le plus souvent incoordonnés, si bien que le strabisme peut être très prononcé. Ce visage figé, le défaut de clignement des paupières, rappellent fortement la maladie de Parkinson.

La protrusion de la langue, qui accompagne très fréquemment ces mouvements des lèvres et du visage, augmente encore l'impression que tous ces phénomènes moteurs sont apparentés à ceux de l'encéphalite.

Enfin, il faut citer encore la mimique contemplative, stuporeuse, où le visage n'est agité d'aucun mouvement, le regard se fixe vers un coin de la chambre : attitude catatonique bien caractéristique qui ne dure qu'une ou deux minutes ou se prolonge parfois longtemps.

Les membres, eux aussi, entrent en action. Ce sont de vastes mouvements des bras qui s'étendent, se balancent, se lèvent et s'abaissent ou se croisent au devant du visage, retombent lourdement sur le lit. Les doigts sont parfois raides, en hyperextension dans des attitudes rappelant l'athétose. Les contractions cloniques que nous avons citées au visage se produisent aussi dans les bras et dans les jambes, qui, alors, s'agitent par secousses, comme en une sorte de tremblement très grossier. Les bras sont fléchis au devant du corps, les mains repliées sur les avant-bras, agitées de mouvements cloniques ; les doigts à

demi-fléchis sur la main, et opposés au pouce, vont et viennent en un tremblement lent, très analogue à celui des parkinsoniens. (Le malade « fait des pillules »).

Ces *crampes cloniques* sont souvent accompagnées de *crampes toniques* qui prennent tout un membre ou même les quatre membres ou seulement un côté du corps. Le membre prend alors une position hémiplegique, à demi-fléchi au-devant du thorax, les doigts repliés vers la paume de la main ou tendus, le pouce en opposition comme dans la main d'accoucheur. Le pied est varo-équin, la jambe en hyper-extension, le talon fortement enfoncé dans le plan du lit. Ces crampes toniques rappellent parfois fortement la tétanie, lorsqu'il y a en même temps hyper-réflexibilité et hyper-extension. Parfois la contracture est telle que tout réflexe est impossible à obtenir. Lorsque cette raideur est limitée à un côté du corps, c'est le plus souvent le côté droit. Elle peut être si accentuée que même après être sorti de l'hypoglycémie, le malade peut rester encore pendant quelques minutes hémi ou quadriplégique.

Sans aller jusqu'à des contractures spasmodiques aussi fortes, le malade peut présenter seulement de l'hypertonie qui maintient ses membres un certain temps dans la position où on les a mis, comme cela se produit chez les catatoniques stuporeux.

Très souvent, pendant les premières semaines de la cure, se produit une *agitation généralisée*, qui peut devenir extrêmement violente. Le malade gesticule des bras et des jambes, tente de se jeter hors du lit, fait preuve d'une agressivité subite, déploie une force excessive, cherche à arracher ses couvertures, déchirer sa literie, agitation incohérente, aux mouvements parfois rapides, parfois au contraire lents, avec des contractures, des retournements des mouvements de torsion, des attitudes théâtrales ou une mimique grimaçante. Souvent le malade prend une attitude accroupie très analogue à celle si caractéristique de la maladie de Wilson. Cette agitation peut avoir un caractère d'autoreproduction croissante, elle s'exagère de plus en plus, finit par atteindre un rythme effrayant, puis, brusquement, le malade retombe pantelant sur son lit, comme épuisé par l'effort qu'il a fourni. Il se repose un moment, jusqu'à ce que peu à peu l'agitation progressive le reprenne.

Certains malades n'ont pas de cette grande agitation incohérente, mais, par contre, ont des mouvements *stéréotypés* qui se répètent constamment, gestes des bras qui se croisent au-devant du visage, frottement de la figure, mouvements primitifs ou

instinctifs, de brassage, d'imploration, etc., mouvements d'écartement et de rapprochement des jambes ou encore de balancement de la tête et du haut du corps, analogues à ceux que l'on constate chez certains idiots ou arriérés.

Souvent, lorsqu'il y a *hypertonie et spasticité*, les mouvements se font avec lenteur, avec de la raideur, comme on en voit chez certains hémiplegiques ou encéphalitiques, véritables « spasmes de torsion », avec contracture du visage, du cou, des membres, mouvements d'enroulement de tout le corps. Parfois ce sont des crampes brusques des muscles de la nuque et du dos qui soulèvent le corps en arc de cercle, tel l'opistotonos des hystériques.

Nous devons citer encore la « chorée électrique » : secousses extrêmement brusques, localisées à un segment du corps ou généralisées à tout l'organisme, comme si le corps subissait tout à coup une violente décharge électrique.

Enfin, complication assez fréquente, la *crise épileptique*. Elle est annoncée le plus souvent par quelques contractions rapides des muscles du visage, puis c'est un cri, la phase tonique avec morsure de la langue, contracture du visage, des membres ; puis c'est la phase clonique, se terminant par un état soporeux de quelques minutes ou de quelques heures. Les avis sont encore partagés au sujet de la crise épileptique. Certains auteurs estiment qu'elle doit être interrompue immédiatement, parce qu'elle met la vie en danger, d'autres estiment qu'il ne faut pas la craindre, certains auteurs même la recherchent, s'efforcent de la provoquer, en excitant le malade endormi par des mouvements provoqués, une pression sur les globes oculaires, etc.

La crise peut se répéter à plusieurs reprises et même donner lieu à un véritable « status épilepticus » difficile à interrompre.

La crise épileptique peut survenir à n'importe quel moment du traitement insulinaire, parfois même alors que le malade n'est pas encore endormi, quelques minutes après l'injection d'insuline. Elle peut aussi survenir lorsque le malade n'est plus en état d'hypoglycémie, plusieurs heures après la fin du traitement. Une de nos malades a fait un véritable « status épilepticus » dix-huit heures après avoir reçu son thé sucré, alors qu'elle avait été brusquement réveillée à la fin de la nuit par l'agitation de sa voisine de chambrée.

Toutes ces modifications du tonus musculaire, de la posture, de la motilité, ne sont pas sans entraîner des *modifications importantes des réflexes*. Les réflexes tendineux sont exagérément vifs, aussi bien ceux des bras que ceux des membres infé-

rieurs, de même les réflexes osseux et cutanés. Des réflexes pathologiques apparaissent, qui soulignent une irritation des voies pyramidales : signe de Babinski, d'Oppenheim, de Rossolimo, de Gordon-Schaefer, Chwostek, etc. Parfois, il y a du clonus patellaire et achilléen. Ces perturbations des réflexes ne sont pas toujours exactement bilatérales, souvent elles sont plus prononcées d'un côté que de l'autre. Bien entendu, les réflexes contralatéraux et d'allongement croisé sont présents.

Souvent on constate le phénomène de la *sommation des excitations*. A mesure qu'on renouvelle l'excitation, le réflexe se produit plus intensément. Nous avons vu, par exemple, le signe de Chwostek se produire d'abord très modérément, puis de plus en plus fort, jusqu'à provoquer non seulement des mouvements de la face, mais du cou, du bras droit, puis des deux bras qui se soulèvent dans un geste de défense. De telles réactions de défense semblent montrer que le coma n'est pas absolu. Ne vaudrait-il pas mieux, dans ces cas, éviter le terme de « coma hypoglycémique » pour se contenter de celui de « stupeur » ou de « sommeil hypoglycémique » ?

Parfois, en réponse à l'excitation, le malade ne donne pas seulement une réaction, mais encore une ou deux autres successives. Ces *réactions secondaires* sont extrêmement curieuses, ou bien encore la réaction se fait *par secousses cloniques* répétées et progressives.

Souvent, nous avons constaté chez nos malades un signe de *Babinski permanent*, pendant une heure ou deux le gros orteil reste constamment en hyperextension.

Après les phénomènes purement neurologiques que nous venons de décrire, peuvent apparaître aussi de véritables *états aphasiques*. On les constate lorsque le malade sort du coma après avoir reçu le thé sucré. Pendant quelques minutes, parfois plus d'une demi-heure, des phénomènes d'aphasie motrice ou d'amnésie sont nettement perceptibles. Le malade répond par exemple par une même phrase stéréotypée à toutes les questions qu'on lui pose, questions qu'il comprend cependant fort bien, comme le démontrent sa gesticulation et sa mimique.

Vers la fin de la cure, l'agitation, les contractures, les attitudes étranges disparaissent pour faire place à un sommeil profond, à une *atonie comateuse* presque complète. Pendant cette phase-là, on ne note plus de contractures toniques ni de spasmes cloniques, parfois même plus aucun réflexe pathologique, mais bien plutôt une aréflexie à peu près totale, c'est le vrai coma hypoglycémique, signe que la cure est parvenue à apaiser

le malade. Si cet apaisement se poursuit après que l'hypoglycémie ait été interrompue, on fait alors entrer le malade dans la quatrième phase du traitement, phase de consolidation dont il sortira pour quitter l'asile.

Cette gesticulation de vaste envergure, avec attitudes théâtrales, grimaces, incohérence, présente de nombreuses analogies avec la gesticulation hystérique et avec les agitations extrapyramidales.

Il ne nous appartient pas de discuter ici de tous ces phénomènes moteurs si intéressants. Ils ont certainement de fortes analogies avec ceux que l'on constate dans l'encéphalite le Parkinson, dans la maladie de Wilson, la chorée, l'épilepsie, l'hystérie, etc. Ces phénomènes encéphalitiques s'accompagnent de phénomènes d'excitation des voies pyramidales, de manifestations corticales, de troubles glandulaires et vago-sympathiques. C'est donc bien le système nerveux dans son ensemble qui est influencé par le choc insulinaire.

Les recherches à venir permettront certainement de dépouiller avec plus de clarté cette symptomatologie abondante sur laquelle nous avons aujourd'hui simplement voulu attirer votre attention.

Un *film cinématographique* illustre cet exposé et le complète d'une manière très démonstrative.

Principes et technique de l'insulinothérapie,
par MM. P. GUIRAUD et C.-H. NODET.

La méthode de Sakel a suscité un intérêt général qui lui a valu d'être essayée dans tous les pays. C'est bien naturel, les traitements employés jusqu'ici dans la schizophrénie ne donnant que des résultats bien incertains. Mais il faut reconnaître que nous sommes encore à la période de tâtonnement et que la méthode du psychiatre viennois ne se présente pas comme définitive. Elle paraît même un peu compliquée et toutes les périodes n'en paraissent guère justifiées, particulièrement la troisième et la quatrième : doses minimales après la série des comas, et ensuite doses assez élevées, mais sans arriver au coma. Pendant la première période, on ne pratique plus les trois injections d'insuline par jour, on se contente de deux et même d'une seule.

Les essais de modification et d'amélioration de la méthode de Sakel sont légitimes, puisque nous sommes loin de savoir encore par quel mécanisme l'insulinothérapie agit dans la schizophrénie.

La théorie explicative que Sakel (1) lui-même donne comme une hypothèse provisoire de travail, est complexe, un peu obscure et peu convaincante. Nous allons essayer de la résumer le plus clairement possible.

Les cellules nerveuses n'entrent en action que sous l'influence de substances humorales excitantes. Quand une cause nocive frappe les cellules, les frayages les plus récents, par conséquent les plus fragiles sont atteints, dans ce cas les excitations mettent en jeu des frayages archaïques peu utilisés normalement, ou créent de nouveaux frayages pathologiques. L'action de l'insuline peut s'exercer de trois manières, qui concourent au résultat favorable : 1° Elle réalise le blocus vagotonique de la cellule nerveuse, c'est-à-dire qu'elle la met au repos, lui permet de se régénérer, et de rétablir la hiérarchie de ses frayages ; les plus récents qui sont les normaux reprennent la place dominante, les archaïques s'estompent de nouveau et les pathologiques disparaissent. Faisons remarquer en passant que cette théorie est applicable à la méthode de Klaesi (cure de sommeil), et que la cause vagotonique du blocage est loin d'être démontrée.

2° L'insuline agit par choc sur la cellule nerveuse. Il est possible que par suite du choc provoqué par l'insuline sur la cellule nerveuse, choc qui atteint presque les limites de l'annihilation, les frayages pathologiques de la cellule, encore peu stables, soient définitivement détruits. Dès que la cellule se rétablit, les frayages physiologiques domineront de nouveau et pourront être polarisés plus facilement dans la direction normale.

3° L'insulinothérapie peut exercer un effet désintoxicant sur l'ensemble de l'organisme, exercer une bonne influence sur le métabolisme, améliorer les fonctions du foie par accumulation de glycogène. Faisons remarquer que si ce troisième facteur est important, la nécessité du choc devient discutable et qu'une insulinothérapie modérée donnerait les mêmes bons résultats.

Nous n'exposons pas cette théorie dans le but de la critiquer. Sakel écrit lui-même qu'il ne demande qu'à l'abandonner si on lui en propose une plus satisfaisante. Nous voulons montrer simplement que nous ne savons rien de positif sur le rôle favorable de l'insuline, que la méthode n'en est qu'à la période de début et peut être modifiée.

Notre hypothèse de travail diffère un peu de la théorie de Sakel. Avant de connaître l'existence de l'insulinothérapie, nous l'avions souvent exposée dans le service en discutant avec nos

(1) M. SAKEL. — *Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie*. M. Perles, édit., Vienne, 1935.

internes. Dans les maladies mentales prolongées, aussi bien dans la schizophrénie que dans les manifestations de la psychose maniaque dépressive, des guérisons inattendues se produisent surtout sous l'influence de maladies physiques graves. Le fait est connu de tout le monde, il est superflu de citer des observations ou des travaux qui le confirment. Également, on a constaté que dans les périodes d'agonie des malades paraissant déments récupèrent une lucidité complète. Mignard a insisté sur ces faits. Ces constatations ont conduit les psychiatres à traiter les maladies tendant à devenir chroniques par la méthode dite des chocs thérapeutiques. Le type du choc authentique est réalisé par l'injection intraveineuse de peptone, suivant la méthode de Nolf. Il provoque de l'hypotension, de la cyanose, de la dyspnée, un frisson extrêmement intense et une hyperthermie au voisinage de 41°. Laignel-Lavastine puis Mlle Pascal l'ont utilisé en psychiatrie. Cette dernière a renoncé à la peptone intra-veineuse à cause de la gravité des réactions organiques (1). On se contente en général de médications moins brutales : abcès dit de fixation ou huile térébenthinée, lait, nucléinate de soude (G. Petit), huile soufrée, etc. Ces substances provoquent bien des réactions thermiques fugaces et des hyperleucocytoses locales et générales plus ou moins prolongées, mais ne constituent pas de véritables chocs. Récemment, René Charpentier et Courbon faisaient remarquer avec raison devant cette Société que les traitements de ce genre sont beaucoup moins actifs que les maladies infectieuses spontanées, surtout quand elles sont graves. Nous croyons que cet effet favorable résulte d'une *réaction générale de défense vitale de l'organisme*. Quand une maladie met l'organisme en danger, on assiste à un effort impressionnant de résistance à la mort : les centres nerveux qui commandent à la vie végétative : circulation, respiration, réflexes végétatifs, sécrétions internes subissent un coup de fouet défensif souvent efficace. La résistance prolongée de personnes robustes à une hémorragie cérébrale, ou à une affection qui ne paralyse pas les centres vitaux est caractéristique. Cette invigoration générale peut agir efficacement sur les maladies mentales dont les symptômes résultent d'une atteinte réversible du cerveau, telles que la maniaque dépressive et la schizophrénie avant qu'elles soient arrivées à la chronicité véritable.

Partant de ce principe, nous nous disions que si on pouvait,

(1) C. PASCAL et J. DAVESNE. — *Traitement des maladies mentales par les chocs*. Masson édit., Paris, 1926.

par un procédé artificiel, mettre passagèrement l'organisme en danger de mort et supprimer à volonté cet état dangereux, on pourrait obtenir des résultats favorables en psychiatrie.

Dès que nous avons eu connaissance de la méthode de Sakel, nous nous sommes demandé si l'agent que nous souhaitions de connaître n'avait pas été trouvé par lui. Le choc hypoglycémique, qui met l'organisme en danger de mort, peut être arrêté presque instantanément par une injection intra-veineuse glucosée. Conformément à cette hypothèse, nous estimons que seul le choc hypoglycémique doit être réellement efficace. Nous devons mettre en relief une particularité que nous enseigne la méthode de Sakel : l'efficacité des chocs résulte de leur répétition ; on avait tendance *a priori* à croire que quelques chocs doivent suffire, l'expérience montre le contraire.

Ces considérations théoriques, dont nous devons dire en imitant la réserve de Sakel, qu'elles sont purement hypothétiques, nous ont fait considérer l'insulinothérapie avec un intérêt tout particulier. Depuis le mois de juin 1936, nous l'employons dans le service sans accidents. C'est dire combien notre expérience est limitée. Cependant, nous estimons que nous devons faire part à nos collègues, désireux d'employer la méthode de Sakel, de quelques observations pratiques :

1° La méthode est extrêmement délicate et impressionnante. Elle nécessite une série de précautions minutieuses. Un médecin doit être constamment présent au lit du malade pendant toute la durée du choc, qui peut survenir une demi-heure après l'injection. Toutes les ampoules, seringues, sondes, de bonne qualité, tous les accessoires pouvant être utiles doivent être constamment à la portée de la main et transmis immédiatement au médecin. Les veines pouvant servir aux injections intra-veineuses glucosées, seront repérées d'avance. Nous avons rédigé des consignes pour les internes et les infirmières, qui sont affichées dans les salles. Nous utilisons des ampoules d'endopancrine en solution avec les seringues spéciales, graduées en unités d'insuline, qui permettent un dosage très précis.

2° Nous devons signaler la fréquence des hypothermies sérieuses et la nécessité de prendre la température à intervalles réguliers. Nous notons souvent des températures de 35°, nous avons même constaté 34°6 et 34°5, et peut-être moins, parce que la graduation de notre thermomètre n'allait pas plus bas. Nous croyons que l'hypothermie au-dessous de 35° est un signe d'alarme qui doit faire interrompre le coma. Il est bon d'avoir un thermomètre précis et rapide (thermomètre à la minute). Le Go a cons-

truit un thermomètre électrique qui inscrit à peu près instantanément la température rectale sur un cadran, mais cet appareil n'est pas encore dans le commerce.

3° Le ralentissement du rythme et la diminution de l'amplitude de la respiration sont un symptôme fréquent et accentué signalé du reste par Sakel. Il doit attirer l'attention. Nous n'avons jamais eu à pratiquer la respiration artificielle, mais nous avons souvent fait des injections de lobeline (1 centigramme). Nous nous proposons d'utiliser à l'avenir les inhalations de carbogène.

4° Quoique très comparables dans leur ensemble, les aspects cliniques de l'hypoglycémie présentent d'importantes variations individuelles. Tel malade s'endort rapidement, mouillé de sueur avec une bonne respiration et un bon pouls ; tel autre, sans perdre connaissance complètement, présente une froideur extrême avec hypotension et tendance à l'apnée, qui nécessite l'interruption du choc avant le coma véritable sous peine d'accidents graves. La durée du coma est très difficile à apprécier puisqu'il est précédé d'une période de somnolence progressive. Plus on prolonge le coma, plus le réveil se fait attendre après l'ingestion de sucre.

5° Après l'injection de doses assez fortes, 90 unités par exemple, on peut constater une récurrence du coma plusieurs heures après le réveil. Cela nous est arrivé une fois, nous avons été obligés de pratiquer une injection intraveineuse, quoique la malade ait absorbé par la bouche une quantité considérable de sirop. Il faut donc recommander une surveillance attentive dans l'après-midi et l'appel au médecin à la moindre inquiétude. Il est superflu de rappeler que la présence constante du médecin à proximité du lit du malade est absolument indispensable pendant la matinée.

6° Nous avons constaté dans un cas qu'une amélioration nette obtenue après dix chocs ayant provoqué le coma (80 à 90 unités), s'est maintenue pendant plusieurs mois après la cessation de l'insuline. Cette stabilité de l'amélioration obtenue, s'il s'agit d'un phénomène général et non d'une exception, permet l'interruption du traitement et la mise au repos du malade pendant quelques semaines. Nous craignons qu'à la longue de fortes doses d'insuline soient nuisibles pour le système nerveux.

7° La même idée de réduire au maximum la quantité d'insuline nous a conduits à une modification de la technique, que nous employons depuis deux mois avec satisfaction. L'usage d'un nombre élevé d'unités d'insuline conduit à faire ingérer, soit à la sonde, soit après réveil du malade, une quantité considé-

rable d'hydrates de carbone, que l'on augmente toujours par sécurité. Le foie se charge de quantités considérables de glycogène, ce qui peut nécessiter des doses élevées d'insuline pour arriver au coma. Actuellement, au contraire, nous ne pratiquons l'insulinothérapie que tous les deux jours, avec des doses relativement faibles, mais la veille de l'injection, au repas du soir, nous ne donnons presque pas d'hydrates de carbone ; le malade prend par exemple une viande rôtie ou une omelette et des légumes verts avec un tout petit morceau de pain. Chez les femmes, nous obtenons le coma avec des doses de 30 à 45 unités. Une de nos malades, précédemment traitée, qui n'arrivait au coma qu'avec des doses de 80 à 90 unités, a fait une série de sept comas profonds avec 30 unités, depuis qu'elle est soumise à la réduction des hydrates de carbone. Nous constatons, avec ce procédé, un réveil beaucoup plus rapide et nous croyons que la récurrence du coma dans l'après-midi n'est plus à craindre quoique notre expérience soit encore bien récente.

Telles sont les quelques réflexions que nous suggère une pratique de l'insulinothérapie encore peu prolongée. D'ailleurs, entre les mains des techniciens les plus avertis, il y a de temps en temps quelque complication irréparable, telle que l'œdème aigu du poumon, mais ces événements regrettables sont très rares, 1,3 % d'après les statistiques de Sakel et celles de Müller.

Quant aux résultats thérapeutiques, nous ne pouvons vraiment rien en dire. Nous avons traité en tout six malades, deux de ces dernières ont été transférées peu après le début du traitement ; chez une, le traitement n'a été commencé que depuis un mois, parmi les trois autres qui sont des hébéphrénos-catatoniques certaines, malades depuis au moins deux ans, une a été nettement améliorée. Souvent au réveil elle fait une période de tristesse anxieuse avec reviviscence de complexes tels que un sentiment de dégoût et de saleté ambiante. Tout sent mauvais, tout est sale, elle n'ose toucher ni ses draps, ni les assistants. Alors qu'avant le traitement elle restait dans un état de demi-stupeur indifférente avec rires explosifs interminables, elle est maintenant plus éveillée, plus présente et parle avec amabilité. Mais nous ne voulons pas insister sur ce chapitre de l'amélioration, pour lequel nous n'avons pas une expérience suffisante. Il est possible que dans les statistiques de guérison des auteurs autrichiens et suisses, figurent des malades qui auraient guéri spontanément et pour lesquels nous n'aurions pas fait en France le diagnostic de schizophrénie à forme paranoïde, mais le pourcentage très élevé de guérisons nous fait croire à une réelle efficacité de la méthode.

Traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire,
par MM. H. CLAUDE et P. RUBENOVITCH.

Notre expérience de la méthode de Sakel est bien courte puisque les quatre cas que nous avons entrepris sont parvenus seulement à leur cinquième semaine de traitement.

Mais les observations que nous avons pu faire nous ont paru offrir déjà un tel intérêt que nous croyons devoir vous les présenter avant l'étude détaillée que nous en ferons ultérieurement.

Voici d'abord un court résumé de l'histoire de ces malades :

OBS. I. — Verd., 22 ans, sténo-dactylo, internée le 28 octobre 1934. Début il y a environ deux ans 1/2, par fixation érotomaniaque à un ingénieur de la maison où elle travaille. Secondairement, idées de défiliation, puis de filiation. Sa vraie mère est morte, elle est mariée à Jésus-Christ et enceinte de Dieu. Son père est un parent de M. Lévy-Valensi qui sait parfaitement qu'elle a été fécondée par deux oiseaux. Appelle sa mère : « Madame » et l'accueille très froidement. Semi-mutisme. Inactivité. Attitude impénétrable, énigmatique. Tend à peiner la main. Quelques sourires ironiques. Docile dans l'ensemble de son attitude. Faciès très congestif. Acrocyanose. Troubles vaso-moteurs importants.

OBS. II. — Guil., 27 ans. Internée le 2 avril 1934 pour un syndrome confusionnel (avec signes de discordance) apparemment guéri. Sortie le 7 juillet 1935. Réinternée en oct. 1935 à la suite d'une crise d'agitation avec attitudes extatiques, gémissements, cris, danses. Puis mutisme avec expression pathétique. Par la suite, accuse un sentiment d'étrangeté, et s'absorbe dans un mutisme presque complet. Très opposante, inactive, impulsive par moments. Alimentée plusieurs fois à la sonde. Au moment du traitement, faciès atone, parfois sourire figé, n'a jamais, depuis plusieurs mois, exprimé une idée délirante, ni avoué une hallucination. Cependant, semble parfois écouter d'un air mystérieux et absorbé. Sursauts par moments.

OBS. III. — Rob., 25 ans, Allemande. Internée le 4 déc. 1935 pour un syndrome confusionnel avec sentiment d'étrangeté, ambivalence, bavardage incohérent, pseudo-hallucinations, refus d'aliments, opposition. Alternance de pleurs et de sourires. Début plusieurs mois auparavant par troubles du caractère manifestés à l'occasion d'une série de conflits avec sa belle-mère et son mari. Depuis juillet dernier, discordante, impulsive, ambivalente, mêle dans sa conversation peu suivie l'allemand au français. Instabilité extrême de l'humeur. Irritabilité. Inactivité totale. Alimentée plusieurs fois à la sonde.

OBS. IV. — Dur., 20 ans, employée de bureau. Internée le 19 oct. 1936: « Confusion mentale, mutisme, incohérence des actes et des propos, pleure ou rit sans raison, se déshabille. Ebauche d'un thème mélancolique ». Cet état évolue depuis six mois avec désintérêt progressif de l'ambiance. Dans le service, crises de larmes ou de rire, mutisme, gesticulation désordonnée par moments. Echomimie. Par moments, cris, attitudes extatiques, raptus anxieux.

Comme on le voit, sur ces quatre malades, une seule présente les conditions d'évolution récente (six mois), réclamées par Sakel pour offrir le maximum de chances de succès à la cure. Mais d'ores et déjà nous avons observé, même chez les trois autres, des modifications extrêmement importantes qui, si elles n'aboutissent pas à la guérison, nous paraissent quand même du plus haut intérêt, ne serait-ce que pour la contribution qu'elles peuvent apporter à l'étude de la pathogénie du syndrome schizophrénique.

Le traitement est mené de la façon suivante : l'injection d'insuline est faite le matin à jeun. Les malades restent trois heures sous l'effet de l'insuline. Le traitement est appliqué cinq jours de suite suivis de deux jours de repos. Nous avons adopté ici le rythme que nous avons vu employer par le D^r Répond et ses collaborateurs.

La date d'apparition des premiers phénomènes de choc montre pour chaque malade une sensibilisation très différente à l'insuline.

C'est ainsi que chez Verd. (obs. I), la première somnolence et le premier choc humide sont apparus le 15^e jour avec 55 unités. Chez Guil. (obs. II), le premier choc humide est apparu le 4^e jour du traitement avec 30 unités et le premier coma, le 8^e jour, avec 30 unités (à la suite des deux jours de repos). Chez cette malade, après le 2^e coma survenu le 11^e jour avec 40 unités, aucun phénomène n'est plus survenu jusqu'au 17^e jour (55 unités).

Chez Rob. (obs. III), la première somnolence est apparue le 15^e jour avec 55 unités — une période confusionnelle et hallucinatoire le 17^e jour avec 55 unités, enfin un véritable coma le 19^e jour avec 70 unités.

Chez Dur. (obs. IV), premier choc humide le 5^e jour avec 30 unités, première somnolence le 11^e jour avec 45 unités, le premier coma interrompu par une crise convulsive le 15^e jour avec 55 unités.

Ce qui caractérise les symptômes apparaissant au cours du choc insulinaire, c'est une apparence anarchique des diverses

activités somatiques, neuro-végétatives et psychiques des malades. Cependant, chez chacune d'elles, les phénomènes de choc évoluent selon un type caractéristique. C'est ainsi que chez Verd. (obs. I), c'est l'intensité du choc humide avec tendance au collapsus et chute thermique impressionnante qui prédominent, obligeant d'interrompre le choc sans atteindre la perte de connaissance. Chez Guil. (obs. II), au contraire, le choc humide est minime — la perte de connaissance est totale. Chez Rob. (obs. III), prédomine une courte phase d'agitation semi-confusionnelle suivie d'une perte de connaissance légère avec tendance au collapsus. Chez Dur. (obs. IV), ce sont des phénomènes convulsifs avec perturbations importantes des réflexes et confusion aboutissant à la perte de connaissance, qui suivent régulièrement un choc humide intense sans grande chute thermique.

Chez les quatre malades, la somnolence n'est survenue que plusieurs jours après l'apparition de phénomènes de choc plus ou moins discrets analogues aux symptômes neuro-végétatifs du diabète ou des accidents de la cure insulinaire. Ces symptômes sont ou non accompagnés de signes subjectifs très variables selon les malades. Enfin, l'on est frappé par l'inconstance ou l'alternance de ces différents états chez la même malade, en l'espace de quelques minutes ou d'un jour à l'autre.

Au point de vue psychique, cette période prodromique permet de distinguer deux catégories de malades :

A) Malades conscients de ces symptômes, attentifs à leur évolution, capables de les rattacher à leur cause, l'injection d'insuline (Ver., obs. I) ;

B) Malades subissant passivement ces symptômes et ne les rattachant pas à l'injection qui les détermine (obs. II, III et IV).

La période de somnolence permet également de distinguer deux catégories : A) Malades qui, lorsqu'on les réveille au cours de cet état, se retrouvent dans l'état psychique où elles étaient au moment d'y entrer (obs. I et obs. III) ;

B) Malades qui sont alors dans un état différent : état confusionnel (obs. IV) ; état rappelant une des phases antérieures de la maladie (obs. II et IV) ; état donnant l'impression de contact plus satisfaisant avec l'ambiance (obs. I, II, III).

Cet état de somnolence présente des oscillations et aboutit enfin au coma. Ce dernier a toujours été précédé d'une période plus ou moins courte d'agitation, d'excitation psycho-motrice ou de crise convulsive survenant soit 2 h., soit 2 h. 1/2, soit 3 h. après l'injection d'insuline.

La sortie du coma se fait par étapes successives en un laps de temps plus ou moins long, selon qu'il a été plus profond, plus prolongé et selon la méthode employée pour l'interrompre. Elle est parfois analogue en tous points à un réveil d'anesthésie au chloroforme (Dur.).

Il semble qu'il y ait intérêt à ne pas trop prolonger le coma pour ne pas être obligé de l'interrompre d'une façon trop brutale. Il nous semble préférable que le retour à la conscience se fasse progressivement, par oscillations successives en quinze à soixante minutes. Nous évitons donc actuellement l'injection intra-veineuse de glucose et introduisons par la sonde la quantité de sucre nécessaire mais très diluée, nous guidant sur le pouls et la température prise toutes les cinq minutes pour intervenir au moyen de cardio-toniques.

Nous évitons d'une façon absolue d'activer le retour à la conscience par des incitations directes (flagellation, frictions vives, paroles à voix haute, appels). Cette façon de faire nous a paru déplorable en ce sens qu'elle peut (lorsqu'elle réveille le malade) le fatiguer, l'effrayer et provoquer même une réaction délirante).

Nous insistons sur le fait qu'il nous a semblé que le retour à la conscience doit se faire d'une façon aussi douce et progressive que possible.

Aussitôt après le coma, intervient une des phases essentielles — à notre avis — du traitement.

Revenu à lui, le malade est en effet dans un état tout à fait particulier : légère euphorie, besoin d'effusion, de réconfort, tendance aux confidences. Il donne l'impression d'un sujet qui vient d'échapper à un grave danger et qui, se sentant sauvé, présente une légère excitation euphorique. Il faut profiter de ce moment pour mettre en œuvre une psychothérapie active.

Pour lui donner le plus de chances de succès, nous avons tenu à réunir un certain nombre de conditions qui nous ont paru favorables — et peut-être même nécessaires.

Nous avons isolé les malades en traitement dans une salle spéciale. (Il nous paraît en effet contre-indiqué de poursuivre un tel traitement dans un dortoir ordinaire). En outre, nous nous sommes fait seconder par trois infirmières en dehors du cadre ordinaire des asiles en raison du travail supplémentaire de tout instant que cette thérapeutique rend nécessaire pendant une partie de la journée.

Le personnel de la Clinique, avec beaucoup de bonne volonté, a accepté de créer autour de la salle une atmosphère de calme et de silence.

La salle même est organisée sur le plan d'une salle d'opération, tout étant à pied d'œuvre et chaque personne ayant son rôle assigné d'avance afin d'éviter les ordres intempestifs et les à-coups.

Enfin, nous avons recommandé au personnel de ne laisser entrer dans la salle que le minimum de personnes étrangères à la conduite du traitement et de s'adresser aux malades comme à des sujets lucides. Pour la préparation du matériel, nous nous sommes inspirés de certains procédés que nous avons vu employer dans le service de M. Guiraud.

La prise de contact avec la malade semble favorisée par trois conditions : 1° Etat particulier précédemment décrit, à la sortie du coma ;

2° Atténuation ou disparition des éléments confusionnels (Dur.) — ou des éléments d'inhibition (Verd. — Guil.) ou d'opposition (Dur. — Guil. — Verd. — Rob.).

3° Véritable « déblocage » des complexes affectifs normaux ou délirants. Ce « déblocage » se fait selon deux modalités :

a) « déblocage » explosif à la faveur d'un état semi-onirique précédant le réveil (analogie profonde avec le réveil anesthésique : obs. IV), et où la malade exprime d'une façon plus ou moins cohérente ses préoccupations refoulées ;

b) Expression lucide d'états délirants jamais exprimés (Guil.). Aveu d'hallucinations jamais exprimées (Guil.). C'est là, sans doute, ce que certains auteurs appellent une *réactivation délirante*.

On assiste alors, du malade au médecin, à des phénomènes évidents de « transfert » au sens psychanalytique du mot. La cure psychothérapique est également profitable tout au début de la somnolence. Elle ne peut intervenir à cette phase que lorsque l'amélioration s'est maintenue depuis la veille (conditions réalisées depuis une semaine chez Guil. et Dur. — d'une manière intermittente chez Rab. et Verd.). On est alors surpris de voir avec quelle facilité les malades acceptent de discuter leurs hallucinations, leur délire, leur comportement. Elles paraissent alors capables d'un effort de compréhension tout nouveau.

Mais à cette phase, ne pas trop insister pour ne pas gêner l'entrée en état de somnolence.

Au point où nous en sommes, nous ne pouvons encore parler de résultats. Cependant, au début de cette 5^e semaine, nous avons obtenu une très grande amélioration chez Dur. (obs. IV), qui se maintient dans un état normal depuis 8 jours — une grande amé-

lioration depuis 3 jours chez Guil. (obs. II), une très légère chez Rob. (obs. III) et quelques indications de transformation qui ne se maintiennent pas chez Verd. (obs. I).

Dans un travail ultérieur, nous exposerons les réflexions que nous suggère la méthode de Sakel au sujet de son mécanisme d'action et de la pathogénie du syndrome schizophrénique. Mais nous croyons pouvoir déjà dire que son effet essentiel paraît être d'obtenir une levée des inhibitions et nous rappelons à ce propos que l'un de nous, il y a plus de 10 ans, a fait une tentative dans ce sens en éthérisant les schizophrènes et en recherchant la libération des complexes par la narcose provoquée.

Nous avons un peu tardé avant de mettre à l'essai la méthode de Sakel parce que nous n'avons pas voulu commencer avant d'avoir réalisé les conditions d'assistance et d'organisation matérielle qui nous paraissent absolument nécessaires — et qui, si la méthode devait se généraliser, entraîneraient des modifications dans l'installation et l'atmosphère générale de la plupart des services d'asiles.

Par ailleurs, un point paraît devoir être mis en valeur à la faveur de la tentative que nous poursuivons, c'est le fait que le choc insulinaire fait apparaître à côté de symptômes généraux d'ordre nettement fonctionnels, des perturbations profondes des réflexes, montrant par exemple, par l'apparition du signe de Babinski, une atteinte du faisceau pyramidal telle qu'on en voit dans les affections organiques.

Toutes ces constatations démontrent déjà que beaucoup de symptômes que nous croyons devoir rattacher à des troubles organiques ne sont que la conséquence de perturbations dynamiques plus ou moins étendues reproduisant passagèrement presque toute la sémiotique neurologique.

Quant aux dangers de la méthode, il semble qu'ils puissent être réduits au minimum par une organisation impeccable de la salle de traitement, une initiation du personnel infirmier et médical qui demande une certaine application. L'observation attentive des malades permet, une fois atteint le seuil de choc, de réduire progressivement les doses d'insuline et d'adapter à chaque malade la posologie nécessaire et suffisante ainsi que la technique appropriée pour interrompre le choc. Il nous paraît en effet important que l'interruption du coma s'effectue au moment le plus propice et de la manière la plus progressive. De ces conditions réunies doit dépendre, semble-t-il, le succès de la méthode.

**Essais de traitement des affections schizophréniques
par la méthode de Sakel, par M. E. BAUER, de Naugeat.**

Nous employons la méthode de Sakel depuis mai de cette année. Nous y avons été encouragés en particulier par les commentaires optimistes de Strecker (1) et la communication d'Ederlé (2). Au 31 octobre, 11 malades, 9 femmes, 2 hommes, avaient terminé leur traitement ; depuis, 6 autres malades y ont été soumis. Dans un seul cas, ne comptant pas dans ces chiffres, le traitement fut suspendu avant la production des chocs, par suite de l'apparition de poussées fébriles suspectes.

Nos observations seront publiées en détail, quand leur nombre sera suffisant et quand la stabilité des rémissions sera prouvée par leur persistance suffisamment longue, après la sortie de l'asile. Pour le moment, nous nous contentons de résumer nos constatations aux points de vue suivants : 1) technique et tolérance du traitement ; 2) clinique des chocs ; 3) efficacité thérapeutique ; 4) modifications cliniques observées chez les malades en traitement.

1) *Technique et tolérance.* — Chez 5 malades traitées du 20 mai au 30 juin, la méthode employée fut celle préconisée par Sakel dans son livre, avec 3 injections quotidiennes jusqu'à production des chocs ; dans les autres cas, nous nous contentions d'une injection unique, tous les jours, dès le début du traitement. Le produit employé était l'Insulyl Roussel dans 2 cas, l'Endopancrine chez tous les autres malades. Les premiers chocs comateux furent obtenus avec des doses très variables d'Insuline, tantôt 60 unités furent suffisantes, tantôt il fallut injecter 100, 140 unités. Une malade actuellement en traitement n'a pas eu de choc après injection de 170 unités (3). Le premier choc étant obtenu, nous maintenions la dose maxima pendant quelques jours, ensuite elle fut diminuée progressivement, finalement des chocs comateux ou convulsifs graves étaient encore obtenus dans certains cas avec 30 ou 40 unités. La durée des traitements a varié entre 1 mois et 2 mois 1/2. Ajoutons que les vicissitudes d'organisation de notre service nous ont obligé à renoncer à l'isolement des malades. Quant aux malades payants, le consentement des familles fut demandé.

(1) *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1936, N° 16.

(2) *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1936, N° 3, page 121.

(3) Elle a eu son premier choc avec 180 unités.

Tous les malades ont parfaitement supporté le traitement. Celui-ci a toujours amené une augmentation de poids, parfois considérable. Aussi n'hésitons-nous pas à l'appliquer, même chez des malades en état de dénutrition prononcée, à condition que l'examen physique démontre l'absence de lésions viscérales, cardiorénales, pulmonaires, etc...

2) *Clinique du choc* — Nous n'insistons pas sur les chocs légers avec troubles sudoraux et vasomoteurs, hébétude plus ou moins prononcée, légère agitation parfois, qui apparaissent avec des doses de 30, 40, 50 unités déjà et nous ne parlerons que des chocs graves, comateux et convulsifs. L'aspect de ceux-ci semble dépendre beaucoup de dispositions individuelles. Nous avons observé des chocs convulsifs graves, avec crises épileptiformes franches répétées, surtout chez des malades en état de dissociation avancée. Mais la malade la plus démente de tous, malade dont la psychose évolue depuis 8 ans au moins, n'a jamais eu de choc convulsif, pendant 2 mois de traitement. L'interruption des chocs convulsifs graves n'a pas été plus difficile que celle des chocs avec coma simple. Le réveil du choc, obtenu soit par la sonde alimentaire, soit par l'injection de sérum glucosé hypertonique, était le plus souvent rapide, parfois des phénomènes de somnolence persistèrent durant une, deux heures après l'alimentation ; 2 fois seulement nous avons dû pratiquer des injections répétées de solution glucosée ou d'adrénaline, pour récidive du coma. Le réveil était régulièrement accompagné, chez certains malades, d'agitation violente passagère ; chez d'autres, des manifestations de même ordre précédaient au contraire l'état comateux. Quant aux signes neurologiques et somatiques : secousses convulsives et myocloniques, réflexivité, signes végétatifs, etc., nos constatations cadrent avec celles qui ont été faites ailleurs ; nous insistons notamment sur le caractère modéré de l'hypotension artérielle (10 1/2 au Pachon, le plus souvent 11 à 12), le ralentissement modéré du pouls (jamais au-dessous de 50 environ), qui alterne d'ailleurs avec des phases d'accélération, la persistance des réactions pupillaires, même en cas de coma très profond.

3) *Efficacité thérapeutique*. — L'efficacité du traitement est indiscutable. L'amélioration se produit parfois après les premiers chocs profonds, parfois même sans chocs : une de nos malades traitées a guéri sans chocs, elle avait reçu 3 fois 100 unités par jour. Le degré de l'amélioration dépend de la durée de la maladie et de la gravité de ses progrès. Nous avons obtenu 2 cas de rémission complète chez 2 malades avec début récent

(40 jours et 5 mois), une amélioration stable chez une malade atteinte de troubles psychiques depuis 9 mois environ. Chez les autres malades, la durée de la maladie variait entre 15 mois et 7 ans. Des améliorations importantes furent obtenues dans 5 cas, mais tantôt elles ne se sont maintenues qu'incomplètement après la cessation du traitement, tantôt elles n'ont même pas duré jusqu'à la fin de celui-ci.

4) *Modifications de l'état mental des malades en traitement.*

— Les résultats obtenus dans des psychoses au début, dont la nature schizophrénique est parfois discutable, sont moins convaincants à notre avis que les modifications étonnantes constatées dans l'état mental des malades anciens, en état de dissociation avancée. Une de nos malades, atteinte depuis 6 ans, est typique à ce point de vue. Avant le traitement : agitation intermittente complètement désordonnée, comportement négativiste, refus obstiné de nourriture nécessitant la sonde d'une façon régulière, gâtisme, malade d'ailleurs inaccessible à la conversation. Au bout de quelques chocs : cessation du refus de nourriture, du comportement négativiste, du gâtisme, reste calme au lit, n'a plus besoin de la camisole, devient accessible à la conversation, puis commence à parler spontanément de son frère, de ses enfants, parle de sa sortie, finalement se lève dans l'intervalle des chocs, fait elle-même son lit, s'offre spontanément aux infirmières pour les aider au dortoir. Mais dès la suppression du traitement les troubles s'aggravent de nouveau rapidement.

Une autre, malade depuis 6 à 7 ans, habituellement indifférente et inerte, demande des nouvelles de son père avec lequel elle vivait avant son internement, a conscience de son état morbide, parle de son désir de guérir et de sortir après sa guérison, s'intéresse à son traitement, à la visite médicale, précise quand l'interne passe pour donner des soins que ce n'est pas encore la visite médicale, etc. Un malade corrige complètement son délire de dépersonnalisation, mais il recommence à délirer après cessation du traitement.

En somme, les malades se calment, sont moins désordonnés, le délire a tendance à régresser, on constate parfois une conscience de l'état morbide, le gâtisme cesse, le comportement négativiste, le refus de nourriture cessent ; mais, ce qui est le plus intéressant, c'est le réveil de l'affectivité égocentrique et familiale. Ces malades se préoccupent de leur sortie, manifestent spontanément le désir de guérir, parlent de leurs proches, demandent de leurs nouvelles, etc.

En rendant les malades plus accessibles, en rompant les phé-

nomènes de barrage et de négativisme, le choc insulinaire peut rendre d'utiles services dans l'examen du fond mental des malades. C'est ainsi que chez une malade, absolument mutiste depuis son entrée, répondant aux questions uniquement par un rire grimaçant, nous avons pu rendre manifeste, avec d'amples détails, sous l'action des premiers chocs, un délire de compensation érotique et de transformation de la personnalité (identification avec l'homme avec lequel elle avait désiré se fiancer). Renseignements pris, la malade, dont les troubles existent depuis environ 2 ans, n'en avait jamais parlé aux siens.

Un autre malade, guéri par le traitement et sorti depuis, a extériorisé également, après les premiers chocs, un délire de transformation de la personnalité. Il croyait que la personnalité d'artistes de cinéma avait passé dans son corps, il était devenu Henri Garat ou Jean Murat, il luttait contre cette transformation, car il considérait qu'il n'avait aucune vocation pour le cinéma et il voulait rester paysan. Il nous précisa que ces idées l'avaient hanté avant son internement. Il croyait également que les personnes de son entourage étaient transformées. Le malade corrigea complètement son délire pendant le traitement, il ne nous en avait jamais livré un mot, ni d'ailleurs à sa famille, auparavant, et cela pendant 4 mois de maladie.

Pour conclure, nous estimons que les essais de traitement par le choc insulinaire méritent d'être continués et étendus à tous les services hospitaliers psychiatriques, que des résultats curatifs incontestables sont obtenus dans des psychoses schizophréniques au début, que des améliorations importantes sont produites dans des affections schizophréniques déjà avancées dans leur évolution, que le traitement est généralement bien accepté et bien supporté par les malades. Nous estimons, d'autre part, que les modifications même passagères provoquées par le traitement insulinaire dans l'état mental des schizophréniques, peuvent contribuer aux progrès de nos connaissances sur la clinique et la psychopathologie des états schizophréniques, que le choc insulinaire peut être notamment un moyen efficace pour obtenir l'extériorisation du délire chez des malades mutistes, négativistes, inhibés.

Nous résumerons ci-après les observations les plus caractéristiques, en n'insistant que sur l'état mental des sujets traités.

OBSERVATIONS. — A. *Rémissions complètes*. — 1) Be. René, 24 ans, cultivateur, admis le 13 juillet 1936. Antécédents héréditaires, s.p.; enfance et adolescence, s.p. Début des troubles deux mois avant l'internement, se désintéresse de tout, s'isole, croit être castré, manifeste

des idées de suicide. A l'asile, au début plutôt taciturne, méfiant, demande pourquoi on le regarde, cherche à se sauver, idées hypochondriaques, chaque fois qu'un autre malade se plaint il prétend qu'il ressent les mêmes troubles, passe la journée au lit, ne demande jamais à se lever ; par périodes, euphorie et loquacité puériles. Indifférence familiale marquée et insouciance pour son sort, qui semblent s'accroître progressivement. Réponses laconiques et réticence manifeste lorsqu'on l'interroge sur l'existence éventuelle d'idées délirantes ou de troubles hallucinatoires.

Traitement insulinaire à partir du 28 septembre (Endopancrine). Sudation intense à partir de 40 unités ; à 50 unités, courte phase d'agitation 4 heures après l'injection.

Ce même jour (1^{er} octobre), à 15 heures, il nous expose sans réticence un délire de transformation de la personnalité. Il croit qu'il a adopté la personnalité d'artistes de cinéma, d'Henri Garat, de Jean Murat, d'Armand Bernard ; peut-être il est Maurice Chevalier. Il ne veut pas de cela, il veut rester lui-même, il ne croit avoir aucun don pour faire du cinéma. Les gens, autour de lui, sont changés. Il avait cru reconnaître Léon Blum dans un malade sorti récemment. Ces idées de transformation il les avait déjà chez lui. Il voudrait chasser cela, être maître de lui. Il veut rester paysan.

Jusqu'au 9 octobre, bien qu'on arrive à 110 unités, pas de choc comateux, à peine observe-t-on une hébétéité légère, mais la régression des troubles délirants a commencé. Le 8 il parle de son désir de guérir, le 9 il ne croit plus à la réalité des idées de dépersonnalisation. A partir du 10 octobre des chocs comateux se produisent ; l'après-midi il est calme, mais dans la nuit du 11-12 il déchire sa chemise en plusieurs morceaux sous prétexte qu'il n'a pas de mouchoir. Le 14, en lui parlant de sa famille il manifeste beaucoup d'intérêt, demande spontanément des précisions sur tous. Le 18, il explique qu'il se sent bien portant, qu'il n'a plus d'idées de dépersonnalisation, mais il n'a pas encore la notion d'avoir été malade. Le 23 octobre, il est complètement lucide, il se rend compte qu'il a été malade. Pendant son service militaire, dont il fut libéré l'année dernière, il allait beaucoup au cinéma, cela lui a peut-être brouillé les idées, dit-il.

A la visite de sa mère, le 27, il lui manifeste une grande affection. Doses décroissantes depuis le 23 octobre. Sortie le 5 novembre. En résumé extériorisation sous l'effet du traitement insulinaire, d'un délire de transformation de la personnalité, puis guérison.

Ga. Hélène, 23 ans, cuisinière, admise le 23 avril 1936.

Antécédents héréditaires : une tante aurait été atteinte de troubles mentaux. Antécédents personnels, s.p. Début assez brusque, environ 15 jours avant l'internement. Croit que tout le monde la regardait, qu'on voulait la tuer, tentatives de fugue et de suicide, agitation intense, réactions impulsives, agressives, bris de carreaux. A l'asile, agitation intense, orientation déficiente dans le temps et l'espace,

mais appréciation exacte de la situation (asile, internement), croit qu'on la prend pour Violette Nozières, qu'on l'accuse d'avoir tué sa mère, négativisme, refus de nourriture, gâtisme.

Insulinothérapie commencée le 28 mai, après tentatives de traitement infructueuses (sommifène, abcès de fixation). On emploie la première méthode de Sakel avec trois injections quotidiennes au début. Produit employé : Insulyl Roussel. Sudation intense à partir de 30 unités.

Accalmie, cessation du gâtisme dès le 3^e jour (3×40 unités). L'après-midi, calme, sourit, puis éclate en sanglots, s'arrête brusquement de parler en ajoutant : « Si on nous écoutait ! ». Polie quand on lui sert à manger, dort bien la nuit. Les doses sont progressivement augmentées. On arrive à 3×100 unités, sans obtenir un choc comateux. Cette dose est maintenue finalement. L'amélioration est progressive. Le 8 juin, la malade se lève, travaille. Mais des idées délirantes persistent. Elle a gêné beaucoup de gens ; tout le monde se moquait d'elle. Traitement arrêté le 30 juin après doses décroissantes. La malade va à l'atelier. Finalement elle travaille dans notre ménage. Le délire s'est progressivement effacé, la malade sort complètement normale, le 1^{er} octobre.

En résumé : guérison sous l'influence d'un traitement insulinique, sans choc comateux.

B. *Amélioration importante, stable.* — 3) Sy., épouse S. Léonie, âgée de 24 ans, admise le 22 mai 1936.

Antécédents héréditaires non connus ; personnels : peu intelligente. 3 enfants, dont 1 mort. Début des troubles actuels il y a 6 mois. On signale : négligence d'elle-même et de son ménage, elle n'allume plus le feu, ne prépare plus les repas, finalement ne fait plus rien du tout, ne s'intéresse plus à rien, reste immobile sans parler, a tenté de se noyer. A l'asile, au début, mutiste, physionomie indifférente, parfois rire figé ; répond par monosyllabes, réponses adaptées, renseignements vagues sur sa situation familiale, conscience incomplète de l'état morbide, rit quand on fait allusion à des idées mélancoliques éventuelles, insouciant quant à son sort, inertie presque complète, s'alimente, pas de gâtisme, réglée normalement. Etat stationnaire jusqu'en août.

Insulinothérapie commencée le 25 août. (Endopancrine). Sudation intense à partir de 40 unités. Le premier choc comateux n'est obtenu qu'avec 140 unités, le 26 août. Puis chocs réguliers obtenus finalement en diminuant progressivement la dose, avec 30 unités. Après les chocs, la malade se lève, travaille au dortoir, fait du raccommodage. Elle s'intéresse beaucoup à son traitement, observe les malades traitées comme elle, émet des appréciations. Elle donne les renseignements qu'on lui demande, sur sa famille, son passé, mais parfois, le 31 août par exemple, elle dit qu'elle croit ne plus avoir de mari, ou ne plus avoir d'enfants. Vers le milieu d'octobre, ces idées ont cessé à leur

tour de se manifester ; après une période de consolidation (20 unités par jour) d'une semaine, nous arrêtons le traitement. La malade travaille depuis régulièrement à l'atelier, mais elle reste lente, apathique, insouciant, elle répond aux questions, mais ne demande jamais rien spontanément, ne s'inquiète pas de sa sortie.

En résumé, amélioration d'un syndrome d'affaiblissement affectif et d'inertie, réveil de l'affectivité et de l'intérêt, reprise d'une activité utile régulière, résultat stable jusqu'ici, mais incomplet.

C. Améliorations ne persistant pas après la cessation du traitement.

— 4) Pé., épouse Ba. Jeanne, née en 1909, admise le 31 mai 1934. Démence précoce hétérophrénocatatonique ayant débuté en 1930, aggravation progressive. A l'asile alternatives d'agitation et de mutisme, refus de nourriture par longues périodes, impulsions stéréotypées de suicide, attitudes catatoniques, stéréotypies de la mimique et des attitudes (bouche en groin, signe de l'oreiller), gémissements monotones, cris, propos complètement déçous, gâtisme urinaire continu.

Insulinothérapie commencée le 13 août 1936 (Endopancrine). Sueurs profuses à partir de 40 unités. Premier choc convulsif à 55 unités (17 août), puis chocs convulsifs tous les jours (le repos hebdomadaire étant bien entendu observé), jusqu'au 23 octobre (avec 25 unités finalement). Dès les premiers chocs la malade cesse de refuser la nourriture (elle avait la sonde au moment de l'institution du traitement). L'après-midi elle reste au lit sans être camisolée, le gâtisme cesse. Au début d'octobre l'amélioration atteint le maximum. La malade se lève l'après-midi, reste calme dans le dortoir, fait elle-même son lit, offre aux infirmières de leur aider, parle des siens, de son frère chez lequel elle voudrait aller, de ses enfants. Traitement suspendu le 24 octobre. 3 jours après, recrudescence des troubles ; l'agitation a repris depuis sensiblement son intensité antérieure au traitement.

En résumé, amélioration prononcée, progressive, pendant le traitement d'une psychose hétérophrénocatatonique ancienne, recrudescence des troubles dès suspension du traitement.

5) Ché. Maurice, né en 1913, admis le 27 octobre 1935.

Début des troubles en été 1935, pendant le service dans un régiment d'aviation. Episode confusionnel avec syndrome méningé associé, attribué à l'intoxication par des vapeurs d'essence éthyliée. 45 jours de séjour à l'hôpital militaire, retourne dans sa famille, y manifeste des idées de persécution et d'influence, frappe ses parents. A l'asile, il raconte qu'on a voulu le tuer, qu'on le menaçait du revolver dans la rue, on lui donne d'autres noms, etc.

Par la suite, indifférence, inertie, négligence, réponses monosyllabiques quand on lui adresse la parole, irritabilité, ne se soucie pas de son sort, sauf quand ses parents viennent lui rendre visite. La réaction de Hecht ayant été positive, on fait un traitement spécifique qui ne donne aucun résultat.

Retiré le 20 juin, réintégré le 2 octobre, après recrudescence du délire. Il prétend qu'on lui a injecté le sang d'un prêtre dont la personnalité a pénétré en lui de cette manière, il a des voix intérieures. A écrit au Président de la République pour lui demander le remboursement des souliers achetés l'avant-veille, a giflé sa mère, etc.

Insulinothérapie instituée le 5 octobre (Endopancrine). Premier choc comateux avec 100 unités, le 11 octobre, puis chocs réguliers dont plusieurs convulsifs. Dès le 14 on constate la suspension du délire. Le malade a conscience des troubles mentaux antérieurs, désire guérir. Il tachera de retrouver du travail après sa sortie. Il n'entend plus de voix, les piqûres lui font du bien, elles le font engraisser. Traitement arrêté le 31 octobre. Depuis, redevenu irritable, profère des idées délirantes absurdes, se plaint qu'on lui déchire ses vêtements par malveillance, etc...

En résumé : accalmie et régression d'un délire pendant le traitement, recrudescence partielle des troubles après cessation de celui-ci.

D. *Extériorisation d'un délire de transformation.* — 6) Bou. Emilienne, 19 ans, entrée le 3 mai 1936. Antécédents héréditaires, s.p. ; personnels, s.p. Début des troubles deux ans environ avant l'internement : propos incohérents, fugues, réactions violentes contre les parents, bris d'objets, alimentation irrégulière, mutisme intermittent. A l'asile, mutisme complet, rire stéréotypé et grimaçant, gâtisme urinaire, raideur catatonique modérée, pousse parfois des cris stridents.

Insulinothérapie commencée le 19 mai (première méthode de Sakel, le 22 mai avec 3×50 unités, sueurs profuses, le 23 (3×60), somnolence légère, le 24 (65 unités le matin), choc convulsif grave. L'après-midi du 24 rit, parle de sa famille ; par la suite, chocs convulsifs réguliers, le réveil est caractérisé par une courte phase d'agitation très intense avec cris et excitation motrice. Après le réveil et dans l'intervalle des chocs la malade parle, elle extériorise un délire de transformation, s'identifiant avec un jeune homme riche qu'elle aurait désiré, parle d'Emilienne Bou. à la 3^e personne, se moque d'elle, de sa pauvreté, de sa laideur, « personne n'en voudra », se moque des servantes (elle avait été bonne chez des instituteurs). Manifeste son mépris aux infirmières qui sont des bonnes, des bohémiennes, etc. Par la suite aucune amélioration. Le traitement est suspendu à la fin de juin. Depuis, état stationnaire, démentiel, grimaces stéréotypées, incohérence complète des propos.

En résumé, extériorisation sous l'effet de l'insuline d'un délire de transformation de la personnalité chez une malade auparavant complètement mutiste. Pas d'amélioration consécutive.

M. Henri BARUK. — Je n'ai certes pas qualité pour apprécier la valeur et les résultats de l'insulinothérapie car je n'ai jamais employé cette méthode thérapeutique. En effet, lorsque j'ai pris

connaissance des travaux de Sakel, je ne pus m'empêcher d'éprouver quelques inquiétudes. Ces inquiétudes ne se sont pas dissipées malgré l'exposé si complet, si brillant et si approfondi que nous venons d'entendre. Elles se fondent sur certaines remarques à la fois physiologiques et cliniques que je crois devoir rappeler brièvement.

Au point de vue physiologique, j'ai beaucoup expérimenté chez l'animal l'action des toxiques. Au début, je ne recherchais dans ces expériences que l'action immédiate. Plus tard, je me suis aperçu que certains animaux qui semblaient totalement rétablis de l'action toxique passagère présentaient des accidents nerveux très tardifs survenant parfois de longs mois après.

L'action d'une substance toxique ou d'un bouleversement humoral sur le système nerveux est, en effet, complexe : à côté de l'action pharmacodynamique directe sur les cellules nerveuses, il faut faire jouer l'*action vasculaire*. Les capillaires sont en particulier très fragiles et réagissent très facilement à ces agents pharmacodynamiques comme l'ont montré notamment les belles recherches de Rojas sur la bulbo-capnine. Il se produit très facilement de petites hémorragies et des ruptures capillaires. Des phénomènes analogues accompagnent souvent également la production du choc et peuvent se produire non seulement dans le cerveau mais dans d'autres organes comme le pancréas, les surrénales, etc... Par les lésions qui en résultent, ces troubles vasculaires peuvent mettre en danger la vie du sujet. En outre, à côté de ces accidents immédiats, ces petites lésions vasculaires peuvent devenir le point de départ de cicatrices dans le système nerveux, génératrices, après quelquefois un temps très prolongé, d'épilepsie ou d'autres séquelles fâcheuses.

Enfin, on sait aussi, comme me le faisait remarquer très justement il y a quelques instants mon ami Codet, qu'il est toujours dangereux de provoquer dans le système nerveux des habitudes pathologiques qui ont tendance ensuite à récidiver.

Or, si nous passons du terrain de la physiologie expérimentale à celui de la clinique humaine, nous voyons que l'observation des malades justifie encore par de nouveaux motifs ces craintes. Les malades mentaux et tout particulièrement les schizophrènes, sont des malades *extrêmement fragiles au point de vue vasculaire et végétatif*. On connaît la survenue parfois tout à fait inattendue de la mort subite chez ces sujets. Dans une prochaine séance, je rapporterai des faits anatomo-cliniques montrant la fragilité extrême de certains systèmes vasculaires et la gravité de certains chocs spontanés survenant à la suite de causes réflexes ou humorales en apparence minimes.

Or, que nous réservera dans ce domaine la méthode de l'insulinothérapie ? N'est-il pas prématuré de préconiser l'emploi d'une thérapeutique qui n'en est qu'à la période d'essais ? Quelles seront les proportions des accidents ? Et surtout quel sera l'avenir des malades ayant subi un pareil bouleversement nerveux et humoral ?

La méthode repose-t-elle au moins sur des bases de départ bien précises ? ou bien seulement sur des hypothèses ? M. Guiraud vient de souligner un fait important : l'amélioration de certains troubles mentaux au moment où surviennent des bouleversements physiques. Ce sont ces faits qu'avec Mathey j'ai désigné sous le nom de « balancements psycho-somatiques ». Mais, il faut à ce point de vue serrer l'observation de plus près : il serait dangereux de croire, en se fondant sur certains retours de lucidité préagonique, que le dégagement de l'état mental est lié à la survenue d'une maladie grave mettant la vie en danger. De très nombreux schizophrènes ne sont nullement améliorés mentalement lorsque leur état général fléchit et lorsqu'ils entrent en cachexie, bien au contraire.

Par contre, on peut voir les troubles mentaux guérir d'une façon impressionnante au moment où apparaît une *localisation viscérale*. Tel ce vieux dément précoce qui guérit totalement à la suite d'une coxalgie, tels ces deux catatoniques graves qui guérissent d'une façon parfaite à la suite d'un abcès du poumon, etc... Mais ici, il ne s'agit pas de l'action d'un choc ou d'un bouleversement somatique, mais d'une sorte de *métastase, de balancement* en vertu duquel le cerveau se dégage au moment où se sont constituées les localisations articulaires, pulmonaires, que je viens d'indiquer.

Nous connaissons encore trop mal d'ailleurs ces phénomènes pour en tirer des méthodes thérapeutiques. Nul plus que moi n'est attaché à la recherche des causes organiques des psychoses, recherches étiologiques qui doivent nous mener à des données thérapeutiques rationnelles. Mais, avant d'agir, il faut connaître. Des interventions thérapeutiques trop précipitées risqueront au contraire de discréditer et de décourager ces recherches organiques et physiologiques, qui doivent être poursuivies minutieusement.

Un autre point de vue mérite d'être discuté, c'est celui des manifestations neurologiques ou psychopathologiques qui se présentent pendant la cure d'insuline.

Au point de vue neurologique, le remarquable film qui vient de nous être présenté, nous montre les manifestations les plus

variées. J'ai retrouvé là certains signes que j'avais observés autrefois avec le Professeur Claude dans nos études sur le somnifène : cette intoxication provoquait tantôt des libérations psychologiques, tantôt des libérations organiques allant des stéréotypies jusqu'aux signes de rigidité décérébrée, au signe de Babinski, etc... Ces faits confirment la conception que j'ai défendue suivant laquelle beaucoup de syndromes psychiques ou psychomoteurs se comportent, non comme des entités isolées, mais comme des *stades de réactions plus ou moins profondes du système nerveux*. Mais précisément l'existence de telles réactions chez les malades doit nous inciter à la prudence et c'est pourquoi, bien que je n'aie pas observé d'accidents, j'ai abandonné totalement l'épreuve du somnifène en raison des réactions passagères qu'elle provoquait sur certains systèmes architectoniques.

Ces réactions peuvent-elles tout au moins être utilisées au point de vue psychothérapique. M. le Professeur Claude vient d'insister sur la possibilité, après l'action de l'insuline, de libérer certains complexes et de réaliser une certaine psychothérapie. Nous avons observé les mêmes faits avec le somnifène. J'ai étudié dans le même ordre d'idées l'action du scopochloralose. Or, ces recherches m'ont amené à des conceptions quelque peu critiques de cette méthode : la psychothérapie post-pharmacodynamique ne semble donner de résultats que dans un syndrome très rare, le pithiatisme, et encore ses mécanismes sont-ils à discuter. Dans les psychoses, il n'est pas sans inconvénient d'intervenir ainsi en quelque sorte par effraction dans l'esprit du malade. C'est un point de vue sur lequel je reviendrai ultérieurement.

J'ai pu, en effet, comparer les effets de cette méthode brutale et quelque peu artificielle, à la psychothérapie prudente accompagnant un vrai traitement étiologique comme j'ai pu le réaliser dans quelques cas malheureusement trop rares de catatonie colibacillaire. Ici, sous l'influence du traitement de la cause, j'ai pu assister au rétablissement progressif de la synthèse mentale et à la liquidation lente par la personnalité même du malade au fur et à mesure de sa reconstitution des complexes délirants. En pareil cas, la psychothérapie se borne à suivre et à aider la nature, sans prétendre la corriger ni la dominer.

Depuis quelques années, toute une série de méthodes thérapeutiques brutales, le plus souvent purement empiriques et parfois même quelque peu artificielles, ont été préconisées dans la schizophrénie : choc sous toutes ses formes, bouleversement humoral, pyrétothérapie par les moyens les plus variés, chimiothérapie

étendue, sommeil, coma, etc... Si ces méthodes ont pu, dans quelques cas, amener des modifications brusques du psychisme, il n'en reste pas moins vrai que leurs indications et leurs contre-indications sont mal établies, et que leur valeur reste très difficile à apprécier.

On répond souvent à cela que la chronicité habituelle de la schizophrénie autorise tous les essais. C'est là une erreur. La schizophrénie n'est nullement aussi chronique qu'on l'a cru longtemps ; sa définition clinique est d'ailleurs très vague ; en outre, on sait quelle extrême sensibilité physique et morale présentent ces malades, avec quelle douceur, quelles précautions ils doivent être maniés. Ne négligeons pas ce traitement hygiénique et restons prudent, tout en continuant de préciser les recherches concernant les causes organiques ou physiopathologiques de la maladie et de traiter énergiquement ces causes lorsque nous pouvons les mettre en évidence.

M. CALMETTES. — Nous voulons attirer l'attention de la Société sur un incident que nous avons observé au cours du traitement de la schizophrénie par l'insuline ; nous voulons parler d'une crise d'œdème aigu du poumon, survenue 2 heures 1/2 après que le malade était sorti d'un coma avec crises épileptiques, coma provoqué par l'absorption de cinquante unités d'insuline.

Il s'agissait d'un malade de 23 ans, particulièrement robuste, mais qui avait eu, six mois avant, au moment de son entrée, des traces d'albumine dans ses urines, traces qui avaient disparu d'ailleurs au bout de trois à quatre jours.

Appelés d'urgence, nous constatons une poussée d'œdème aigu du poumon avec pluie de râles fins dans toute la poitrine, réaction cardiaque, pouls à 130, irrégulier ; à noter une congestion intense de toute la face, la poitrine où l'on constatait une rougeur diffuse très prononcée.

Pensant que ces accidents pouvaient résulter du choc insulinaire, nous avons fait une injection intraveineuse de sérum glucose de 20 cent., et, comme le péril était grand, nous avons pratiqué une saignée abondante, nous ne pouvons pas préciser si c'est l'injection de sucre ou la saignée qui ont agi, en tout cas, au bout d'un quart d'heure, le malade était hors de danger.

Comme ce malade avait eu un peu d'albumine et malgré que sa tension à l'état normal fût au-dessous de la normale (14), nous avons pensé à une poussée pulmonaire en rapport avec un état de moindre résistance rénale. Cette explication n'était en somme qu'une hypothèse fragile, ce qui était beaucoup plus

précis dans notre esprit, c'était la conviction qu'il y avait, au point de vue pathogénique, dans la cure par l'insuline, toutes sortes d'inconnus qui nous incitaient à ne nous aventurer dans cette voie qu'avec une extrême prudence ; comme, d'un autre côté, il nous était matériellement impossible de mesurer la glycémie, nous devons avouer que nous n'avons pas prolongé longtemps le coma au cours de la cure par l'insuline et quand nous voyons des symptômes de déficit neurologiques assez prononcés, nous avons vite recours au sucre libérateur.

C'est dans ces dispositions d'esprit que nous avons eu connaissance de l'article de M. Gross : *Insuline et Schizophrénie* (Schweizerische medicinische Wochenschrift). Ce travail contribuera largement à soulever le mystère qui règne sur la cure insulinique ; il parle longuement de la leucocytose et attire l'attention sur le rôle de l'adrénaline dont le taux serait augmenté lorsque la glycémie tomberait au-dessous de 0,75 ; d'après M. Gross, il semble que l'hyperadrénalinémie agisse et pendant un temps prolongé, « c'est là peut-être que réside le secret de l'action de l'insuline sur le système nerveux ».

A la faveur de ces données, nous avons mieux compris l'incident que nous avons observé et qu'expliquaient difficilement les traces d'albuminurie observées à l'entrée du malade, fait assez banal, et l'absence d'hypertension ordinaire — dans le cas particulier, nous n'avons pu que rapprocher les faits de cas d'œdème pulmonaire observés chez le lapin à la suite d'injections de fortes doses d'adrénaline (Hallion et Neyer).

La vaso-dilatation cutanée observée pouvait faire supposer qu'il y avait dans le système nerveux aussi, des phénomènes soit de vaso-dilatation, soit de vaso-constriction en rapport avec l'adrénaline. Cette action amphotrope de l'adrénaline pourrait apparaître suivant l'état organique du sujet (Lengley) ou la concentration plus ou moins grande de la solution Daniélopou. Ces réactions vasculaires pourraient donner l'explication du caractère transitoire de certaines améliorations observées.

Malheureusement, ces hypothèses s'effondrent en présence de la loi physiologique qui est toujours vraie et qu'on appelle le paradoxe de l'adrénaline ; l'adrénaline, quelle que soit la dose injectée, ne fait pas varier le calibre des vaisseaux cérébraux. Riser, par sa méthode du hublot, a confirmé encore récemment cette loi générale (Congrès international de neurologie).

Et, cependant, les anatomo-pathologistes ont constaté des lésions vasculaires chez des animaux sacrifiés au cours de la

cure insulinique ou même au cours d'autopsie vaso-dilatation (Schmid), pâleur et anémie péri-capillaire (article Gross).

Peut-être des facteurs autres que l'adrénaline agissent-ils sur la circulation, mais ceci nécessite d'autres recherches.

Nous ne tirerons aucune conclusion de cet exposé, nous ne voulons qu'exposer des faits : ceux rapportés aujourd'hui par nos collègues ne peuvent qu'inviter à poursuivre la thérapeutique de la schizophrénie par l'insuline.

M. Henri CLAUDE. — L'argumentation de M. Baruk, concernant ma communication, m'a quelque peu surpris pour diverses raisons que je demande à exposer beaucoup plus brièvement.

M. Baruk, s'appuyant sur ses études expérimentales et sur certains faits cliniques, pense que les procédés thérapeutiques qui ont recours à des chocs provoqués par des intoxications ne sont pas sans danger, car ils peuvent entraîner des accidents soit immédiats, soit même surtout à longue échéance. Il s'appuie surtout sur des faits expérimentaux qui ne sont pas sans valeur et sur des faits d'ordre clinique que, pour ma part, je ne connais pas, lorsqu'on emploie ces moyens thérapeutiques avec modération. Mais la question n'est pas là.

M. Baruk fait allusion à des intoxications par des agents d'un ordre très particulier : la série des barbiturates ou d'autres corps étrangers à l'organisme qui, évidemment, peuvent avoir une action traumatisante et qui, surtout lorsque ces épreuves sont poursuivies pendant longtemps, peuvent laisser des reliquats lésionnels. Pour mon compte j'ai dû renoncer à certains procédés de narcolepsie par la méthode de Kläsi notamment, à laquelle j'ai eu recours pendant quelque temps, lorsque M. Baruk était mon collaborateur, ainsi que d'autres élèves de la clinique, d'abord parce que les résultats nous ont paru très médiocres ensuite parce que la longueur de l'expérimentation nous apparaissait comme de nature nocive.

En ce qui concerne l'insuline, il n'en est pas de même car il s'agit ici d'un produit de nature organique qui représente même une sécrétion essentiellement nécessaire aux fonctions de l'organisme. Son action ne peut être considérée comme toxique, c'est-à-dire altérant certains éléments cellulaires, à des doses moyennes et pas trop prolongées. L'insuline agit par des modifications vasculaires ou sécrétoires par des changements du milieu humoral et les synergies qu'elle entraîne. Certes, son action a un certain caractère révolutionnaire par les réactions qu'elle provoque passagèrement sur les diverses parties du système nerveux : elle exige donc, de la part du médecin, une sur-

veillance de tous les instants de son malade. Cette action nous a paru tellement éphémère, que l'on ne peut concevoir autre chose que des modifications dynamiques des centres nerveux, sans altérations définitives des éléments constituant celui-ci. Il ne s'agit en somme, avec des doses de 30 à 40 unités, que de troubles fonctionnels temporaires et non d'altérations organiques pouvant avoir un caractère définitif.

Quant au réveil des accidents de choc signalés accidentellement après la période de coma, nous n'en avons pas observé jusqu'à présent et, en tout cas, des faits comme ceux qu'a rapportés M. Calmettes où le brightisme peut être mis en cause, constituent dans la littérature des exceptions. Il n'est donc pas juste de laisser planer un soupçon d'accidents pathologiques redoutables et à échéances lointaines sur cette thérapeutique, sans apporter des preuves à l'appui.

Et maintenant, pour répondre à un autre souci dont nous fait part M. Baruk, que penser de l'argument, si je puis dire, d'ordre moral ? M. Baruk paraît très inquiet de provoquer par cette thérapeutique une effraction dans la condition psychologique du sujet et se demande s'il est véritablement inquiétant, pour ne pas dire nocif, de réveiller ou de susciter des processus psychiques qui risqueraient d'aggraver l'état de nos malades.

La question est délicate, mais elle pourrait aussi bien se poser devant le chirurgien qu'on accuserait en intervenant opératoirement pour soulager un patient, de créer certaines réactions secondaires (adhérences par exemple), qui n'existaient pas antérieurement.

Nous avons dit que l'intérêt que nous avons trouvé à cette thérapeutique insulinique était de modifier avec une rapidité extraordinaire la condition mentale du sujet, de telle façon qu'après un nombre restreint d'interventions thérapeutiques, nous constations une transformation progressive et jusqu'à présent durable de la condition psychologique de nos malades. Il est bien entendu que nous ne nous plaçons sur le terrain thérapeutique et ne parlons pas de guérison. Mais nous n'avons rien fait de plus pour provoquer ces apparences si favorables ; nous nous sommes contentés des attitudes de nos malades, d'enregistrer leur comportement. Nous n'avons provoqué aucune effraction dans leur conscience, suivant l'expression qui a été mise en avant. Quand il leur convenait de nous exposer ce qu'ils éprouvaient avant, ce qu'ils sentaient actuellement, leurs impressions générales ou leurs désirs inexprimés auparavant, nous en avons fait état, voilà tout.

Nous avons même insisté sur ce fait que nous nous opposons aux tentatives de redressement moral par des suggestions inopportunes, répétées par des questions pouvant provoquer des réactions émotives ; ce n'est que lorsque le sujet se trouve dans un état réellement de tranquillité, de lucidité, que nous avons provoqué, par des entretiens très courts, des explications en tête-à-tête et sans faire appel à des souvenirs pouvant avoir une action choquante.

Nous nous souvenions en effet que, lorsque nous avons employé jadis les méthodes d'anesthésie pour essayer d'obtenir des confidences sur les complexes dont nous soupçonnions l'existence chez nos malades, la révélation *inconsciente* de certains éléments de ces complexes, provoquée par l'état d'ivresse, engendrait par la suite des réactions de défense du sujet, qui pouvaient avoir une action psychologique traumatisante. Ceci nous engageait donc à la prudence dans les cures que nous poursuivions.

Peut-on dire qu'il s'agit dans ces cas d'une thérapeutique qui tend à transformer, comme on le dit, les malades en cobayes ? Je crois qu'il est préférable de laisser de telles comparaisons aux personnes qui méconnaissent l'esprit médical. Ici, en effet, surgit le problème de la justification des efforts thérapeutiques. Faut-il persister dans l'esprit archaïque qui caractérisait la mentalité d'autrefois et s'en remettre à la « bonne nature » (*natura medicatrix*) pour libérer nos malades des conditions pathologiques dans lesquelles ils se débattent ? Faut-il se contenter de les séparer de la société, en les *gardant*, pour les empêcher de nuire, ou faut-il tenter de les guérir par quelques efforts judicieux et raisonnés, inspirés de toutes les considérations de vigilance qu'une éducation médicale soignée et de longue date permet de diriger ? Toute la question est là. Les mêmes exhortations à la prudence, les mêmes considérations d'ordre moral, complètement injustifiées, ont fait obstacle au début au traitement de la rage, au traitement de la diphtérie, et plus récemment au traitement de la paralysie générale par la malariathérapie. Et puis, les choses ont été remises au point. Je crains qu'il n'en soit de même actuellement, en ce qui concerne les jugements sévères portés sur les interventions thérapeutiques de ceux qui conservent un certain idéal clinique et scientifique.

Bien que je sache gré à M. Baruk des conseils de prudence qu'il veut bien nous donner, je crois devoir être en condition de me joindre aux collègues qui nous ont apporté les résultats de leurs interventions et de leur expérience dans le traitement de la schizophrénie par l'insuline. Nous avons insisté, tout à

l'heure, M. Rubénovitch et moi, sur la nécessité de réunir toutes les conditions matérielles absolument indispensables pour se mettre à l'abri des incidents que provoque cette médication. On pourra peut-être obtenir des résultats par des moyens plus simples de traitement, mais beaucoup plus aléatoires dans nos services hospitaliers. Mais ceux-ci ne sont pas actuellement pourvus de locaux, ni d'un personnel infirmier en nombre suffisant pour que la conscience du médecin lui permette d'affirmer qu'il a réuni tous les éléments de succès avec une installation d'assistance aussi soignée que celle que réclame une salle d'opération chirurgicale.

Cette condition, nous l'avons déjà indiquée mais j'y reviens, car tout le mérite de l'avoir exigée appartient à mon collaborateur Rubénovitch, qui en a fixé tous les principes d'après l'expérience qu'il avait acquise dans ses visites à l'étranger.

Enfin, en dernier lieu, bien que tout mon passé soit un garant de l'intérêt que je porte aux recherches expérimentales, je ne peux m'empêcher de penser que dans le domaine clinique, si les épreuves de laboratoire peuvent guider dans une large mesure les recherches physiologiques à tendances thérapeutiques, dans le domaine des faits que nous étudions, il apparaît que nous sommes encore très loin de faire à la thérapeutique de la schizophrénie les applications des résultats obtenus dans l'expérimentation sur l'animal.

Troubles mentaux survenus à la période d'incubation d'une infection paludéenne. — Guérison par la quinine, par M. Jean TRILLOT, d'Albi.

La malade dont je vais vous exposer l'observation est une religieuse âgée de 29 ans, appartenant à une Communauté de l'Afrique du Nord. Elle entra à l'Asile d'Albi, le 20 octobre 1934, pour des troubles mentaux, avec le certificat suivant, délivré par le D^r Guelpa de Birkadem, le 17 octobre 1934.

Certificat d'internement. — Mlle M. Marcelle, est atteinte de troubles mentaux, caractérisés au début, par de la folie mystique avec visions amenant chez elle une excitation violente. Ces troubles s'aggravent de plus en plus ; la malade à la manie de la persécution et devient dangereuse pour son entourage.

J'examine la malade le 22 octobre 1934, pour la première fois.

Mlle M. Marcelle est couchée, maintenue fixée sur son lit par une camisole, dont l'emploi avait été rendu nécessaire par la grande agitation

qu'elle avait présentée depuis son entrée. Son visage, très pâle, est animé de mouvements prédominants au niveau des muscles péri-orbitaires et péri-buccaux ; le regard est mobile, et les yeux se portent autour d'elle avec étonnement et crainte ; les lèvres sont sèches ; parfois un gémissement, des paroles incohérentes s'exhalent de sa bouche.

La malade répond difficilement, avec lenteur, aux questions qui lui sont posées et qui doivent être répétées. Les réponses sont rares, le plus souvent inexactes, nécessitant un effort de recherche souvent improductif ; telle phrase commencée, n'est pas terminée.

J'acquies cependant, la notion d'une désorientation sur la personne, dans le temps et dans l'espace. La malade ne peut donner son âge, ni la date de sa naissance ; elle n'indique ni la date du jour, ni la saison, ni l'année ; elle ne sait en quel lieu elle se trouve, et se croit encore en Algérie.

Parfois, spontanément, elle émet quelques bribes de phrase peu cohérentes, semblant des réponses à des voix qu'elle entendrait ; ou bien elle gémit, se plaint, implorant la pitié.

Il est absolument impossible de pousser ce jour l'examen psychique plus avant. La malade refuse de manger et de boire. On est obligé de procéder à l'alimentation artificielle par la sonde œsophagienne ; elle souille son lit.

L'examen physique révèle un état saburral des voies digestives, avec langue blanche mais humide ; l'abdomen est souple ; le foie n'est pas augmenté de volume. Les réflexes tendineux sont vifs ; les réflexes cutanés et les réflexes iriens sont normaux. Il est impossible de mesurer la quantité d'urines émises par 24 heures, à cause du gâtisme de la malade. Par cathétérisme de la vessie, on en retire une certaine quantité, qui examinée, montre l'absence d'albumine et de glucose. Enfin, la température oscille entre 37°3 et 37°6 le soir. Le pouls est normal : 76 pulsations à la minute.

Les renseignements recueillis au moment de l'admission, font connaître que le début des troubles mentaux, remonte à une huitaine de jours. La malade aurait présenté des idées délirantes à thème mystique, et de persécution ; elle aurait voulu « tout d'un coup étrangler la Supérieure de sa Communauté », parce qu'il lui semblait qu'elle était Eve.

Le jour de son entrée à l'Asile, elle frappa une infirmière.

Devant ce tableau clinique et l'examen, j'établis le certificat de 24 heures ainsi conçu : « Est atteinte d'un état de confusion mentale, avec onirisme. Désorientation personnelle, dans le temps et dans l'espace. Difficulté de la pensée qui est ralentie ; la malade cherche ses réponses qui sont inexactes. Illusions de la vue. Probabilité d'hallucinations visuelles et auditives. Réactions violentes. Aurait voulu étrangler sa Supérieure qu'elle prenait pour Eve ; a frappé une infirmière le jour de son entrée. Gâtisme. Etat saburral des voies digestives.

J'institue le traitement classique des états confusionnels avec onirisme : balnéation tiède à 35°, deux bains par jour, de 1/2 heure cha-

cun. Bromure de potassium et chloral, aa 3 gr. par jour. Huile camphrée en injections. Huile de ricin, une cuillerée à café par jour. Septicémine intra-veineuse.

Les jours suivants, l'examen fut poursuivi ; il confirme le diagnostic de confusion mentale avec onirisme et agitation.

Mlle M... est toujours désorientée. Le cours des idées est ralenti ; elle répète plusieurs fois la réponse qu'elle vient de faire, ou bien répond : « Je ne sais plus ». La mémoire de fixation est très affaiblie ; l'évocation des souvenirs anciens est très difficile. L'attention est diminuée notablement. Le jugement est impossible.

Les propos émis spontanément sont incohérents ; la malade ne peut construire une phrase complète. C'est avec cette incohérence qu'elle exprime des propos délirants à thème mystique d'indignité, de persécutions non systématisées, variables d'un jour à l'autre.

Elle présente des hallucinations visuelles et auditives. Dans le dortoir elle voit Dieu, le diable, qui lui parlent ; elle entend la voix des Musulmans qui parlent et causent entre eux. Elle a également des illusions visuelles, surtout dans la demi-obscurité du crépuscule, avant que soit éclairé le dortoir.

Ces troubles psycho-sensoriels la rendent inquiète, anxieuse ; elle pleure et gémit. Parfois elle a des impulsions violentes, soudaines, rapides ; elle se jette sur les infirmières, et les frappe, sans d'ailleurs se souvenir quelques heures plus tard du motif de l'acte, et même de l'exécution de cet acte.

L'activité motrice est incohérente ; une fois elle se couche sur le plancher, puis se relève et se jette brusquement sur sa couche, n'expliquant pas son acte. Une fois elle se lève et erre dans le dortoir. Elle continue à salir son lit, bien que non camisolée ; ou bien elle va faire ses besoins au pied du lit, au lieu d'utiliser le seau hygiénique qui est à sa disposition près d'elle.

La malade refuse de manger d'une façon intermittente, et souvent l'alimentation artificielle doit être pratiquée.

L'état général est le même ; persistance de l'état saburral des voies digestives. Constipation habituelle. Insomnies.

La température qui ne dépassait pas 38° les premiers jours atteint 38°4 le 27 octobre ; revient à 37°4 le matin du 29, pour remonter à 38°8 le soir.

30 octobre : matin 37°6 ; soir 37°5.

31 octobre : matin 37°4 ; soir 40°8.

Appelé d'urgence auprès de la malade par le personnel effrayé de cette ascension rapide, je songe à une pneumonie, d'autant plus que la malade présentait un point de côté gauche et qu'elle toussait ; mais l'examen pulmonaire ne révèle rien.

Le 1^{er} novembre la température matinale était de 37°2 ; le soir 37°6. Le 2 novembre, température, à 7 heures du matin, de 38°8 ; nouvelle ascension thermique à 5 heures du soir à 40°1. Le 3 novembre, à

7 heures, 37°7. C'est alors que j'orienté mes recherches vers la possibilité d'une infection paludéenne, rendue vraisemblable par le séjour de la malade en Algérie. Les infirmières me signalèrent que dans l'après-midi du 2 novembre, la malade avait eu des frissons et que dans la soirée elle avait transpiré abondamment.

Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

Je suis appelé à nouveau le 4 novembre auprès de Mlle M. qui avait eu un grand frisson ; la température atteignait alors 38°8. Je fis aussitôt un étalement de sang qui fut examiné par le Docteur Camboulivès, pharmacien de l'asile. Résultat : présence de corps amiboïdes, quelques schizontes. *Plasmodium vivax*, indiqua le pharmacien.

Au moment des accès paludéens, il convient de le signaler, l'agitation motrice incohérente cessait ; la malade était prostrée.

Dans les jours suivants, les accès se reproduisirent ; le foie est normal ; la rate devient perceptible à la percussion.

Je profitais de cette souche pour impaluder un malade du service des hommes, atteint de paralysie générale, et comme l'état de Mlle M. ne donnait aucune inquiétude, j'attendis la première réaction thermique du paralytique général, pour arrêter par la quinine l'infection paludéenne de la malade.

Pendant ce temps, son état mental s'améliorait légèrement ; l'onirisme disparaissait ; l'orientation devenait plus précise.

Les 13, 14, 15, 16 novembre, la malade prit un gramme de sulfate de quinine par jour. La température revient à la normale et se stabilise entre 36°8 le matin ; 37°2 le soir. Parallèlement à la disparition de l'hyperthermie, l'état général s'améliora, les troubles confusionnels s'estompèrent.

Le réveil fut rapide ; l'orientation redevint précise ; le cours des idées, la cohérence, le jugement réapparurent ; les propos délirants disparurent.

Le 30 novembre, la malade était guérie et reprenait son activité normale, ne gardant qu'un souvenir confus de sa période confusionnelle.

Le 14 décembre, elle quittait l'asile pour rentrer dans sa famille, où elle devait achever de se remettre avant de rentrer dans sa Communauté. Je reçus des nouvelles jusqu'en mars 1935, et j'appris ainsi que la guérison était constante.

Interrogée avant son départ, Mlle M. m'affirma que, durant son séjour d'environ deux ans en Algérie, elle n'avait fait auparavant aucune fièvre paludéenne.

Le syndrome confusionnel et onirique présenté par la malade semble bien devoir être rattaché au paludisme en l'absence d'une autre cause infectieuse ou toxique, et surtout en raison de la guérison rapide parallèle à la cessation du paludisme.

Les troubles mentaux ont été signalés comme complications

du paludisme aigu. Selon Porot, il s'agit parfois de troubles aigus éphémères, accompagnant les paroxysmes fébriles : accès oniriques passagers, confusions brèves, stupeurs comateuses, crises écnésiques.

On rencontre aussi des psychopathies aiguës ou subaiguës, toujours confusionnelles à leur début, poursuivant leur évolution propre pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois.

On a décrit des accès perniciox à forme de délire aigu onirique.

Ces psychoses coexistent fréquemment avec des troubles neurologiques somatiques. Asthénie neuro-musculaire, tremblements, troubles vertigineux et cérébelleux, polynévrite (psychose de Korsakoff).

Dans le paludisme chronique, certains délires oniriques transitoires, sont des équivalents psychiques d'un accès.

Dans tous ces cas, la quinine donne d'heureux résultats.

L'observation de Mlle M. m'a paru présenter quelque intérêt pour diverses raisons :

1° Par l'apparition des troubles mentaux confuso-oniriques, à la période d'incubation de l'infection paludéenne au moment où la température est à peu près normale.

2° Par l'intensité maxima de ces troubles, durant la période d'invasion.

3° Par la cessation et la guérison parallèles à la guérison de l'infection par la quinine.

Cette observation est à rapprocher semble-t-il du début par confusion avec onirisme, du délire initial qui s'observe dans certaines maladies infectieuses : variole, typhus exanthématique, typhoïde, cas d'ailleurs assez rares, et ne se voyant guère que chez les enfants.

Action physiologique expérimentale et clinique du scopochloralose. Scopochloralose et bulbocapnine. Applications à quelques problèmes de la catatonie expérimentale, par MM. H. BARUK et Ch. MASSAUT.

Dans des publications précédentes, l'un de nous (1) a indiqué, comment après lecture d'une lettre de M. Pascal (de Bazas), nous avons été amenés à nous intéresser à l'association scopolamine chloralose (scopochloralose) en neuro-psychiatrie. M. Pascal (2) utilisait cette médication, dans le but de réaliser une

hypnose médicamenteuse. Nous avons indiqué précédemment les résultats que nous avons obtenus par cette action pharmacodynamique dans le traitement des accidents pithiatiques (1).

Dès le début de nos études sur ce sujet, il y a plus de six ans, nous nous sommes posés le problème de l'action physiologique cérébrale de la scopolamine-chloralose. On sait, en effet, comme l'ont montré les travaux de Hanriot et Ch. Richet (3), que le chloralose a une action importante sur le cerveau et la moelle. Suivant l'expression de Ch. Richet (4), « on peut résumer son action en disant qu'il engourdit l'action psychique et stimule l'action médullaire ».

Cet engourdissement psychique paraît lié à une inhibition corticale, ou plus exactement de la substance grise des circonvolutions. Suivant Ch. Richet, en effet, si on excite l'écorce d'un chien chloralosé, on constate que l'excitabilité est moindre qu'à l'état normal. Si on fait l'ablation de la substance grise de la circonvolution intoxiquée, on voit que l'excitabilité est plus grande « comme si la substance grise intoxiquée opposait une résistance à l'effet de l'excitation électrique ». D'autre part, Ch. Richet avait été frappé par le fait que les chiens chloralosés ont une attitude des membres et une marche analogues à celles des chiens auxquels on a enlevé le gyrus sigmoïde.

Enfin, les animaux chloralosés présentent encore un syndrome cortical extrêmement curieux : la *cécité psychique*. Ch. Richet en a donné une description minutieuse, rien n'est plus frappant que cette cécité corticale, comme nous avons pu l'observer à plusieurs reprises chez le chat.

Pour toutes ces raisons, on peut donc admettre que, si le chlo-

(1) Dans un livre récent, intitulé « Hypnotisme et Scopochloralose », M. Pascal Brotteaux étend considérablement les effets thérapeutiques du scopochloralose et lui attribue la guérison d'états nerveux extrêmement variés, comprenant même la timidité, l'impuissance, etc... Pour notre part, les effets thérapeutiques du scopochloralose nous apparaissent avant tout limités au pithiatisme de Babinski, c'est-à-dire en somme à un *syndrome neurologique très rare*. On ne peut donc qu'émettre les plus expresses réserves sur une extension de cette médication.

Quant à attribuer uniquement à la suggestion l'action thérapeutique de cette association médicamenteuse, nous croyons qu'il y a là aussi une interprétation exagérée. Nous avons au contraire montré l'action physiologique du scopochloralose et ses effets sédatifs sur le système nerveux et les fonctions végétatives.

Le livre récent de M. Pascal a été le point de départ de commentaires des plus fantaisistes dans certains périodiques de la grande presse. De tels commentaires risquent, non seulement de discréditer une méthode thérapeutique dont les indications doivent rester très limitées, mais peuvent en outre introduire dans l'esprit du public des notions erronées et dangereuses.

ralose exalte l'activité médullaire, il constitue un véritable *inhibiteur de l'activité corticale*.

Quant à la scopolamine, son action est complexe, mais il semble surtout qu'en association avec le chloralose, elle a le pouvoir de renforcer l'action de ce dernier comme l'ont montré les travaux effectués dans le laboratoire de Tiffeneau par D. Broun, Mlle Lévy et Mme Meyer-Oulif (5).

Devant ces notions physiologiques, notre premier but de travail était de rechercher si le scopochloralose était susceptible de déterminer expérimentalement de la catalepsie ou de la catatonie. On sait en effet que le mécanisme et surtout la localisation des substances comme la bulbo-capnine par exemple, susceptibles de déterminer la catalepsie et la catatonie, est loin d'être élucidé. Il était donc tentant de reprendre dans ce but l'expérimentation d'un véritable anesthésique cortical et de noter son influence sur les fonctions psycho-motrices. Ajoutons que dans son article sur le chloralose, Ch. Richet écrit les phrases suivantes qui avaient retenu toute notre attention en décrivant les animaux intoxiqués. « Les mouvements volontaires ont alors complètement disparu... Au lieu d'être fléchis, les membres ont pris des positions étranges, ils sont à demi cataleptisés, à demi contracturés... On ne peut pas prétendre non plus que l'innervation cérébrale motrice ne puisse plus s'exercer, car les muscles ont gardé toute leur force ; les nerfs agissent parfaitement sur la fibre musculaire, et les violents mouvements de l'animal, qui succèdent à une excitation mécanique, prouvent d'une manière irréfutable qu'il n'y a aucune paralysie (6). »

Ces notes de Ch. Richet semblaient donc évoquer chez l'animal chloralosé une sorte de dissociation entre l'atteinte de l'activité motrice volontaire, et la conservation de l'activité motrice automatique expliquant l'absence de paralysie. Or, cette dissociation ne serait-elle pas analogue à celle qui se produit dans la catalepsie ? C'est pour vérifier ou infirmer cette analogie que nous avons entrepris depuis plusieurs années une série d'expériences que nous reproduisons ci-dessous.

I. — ETUDE ANALYTIQUE DE L'ACTION DU SCOPOCHLORALOSE CHEZ L'ANIMAL. — Nous avons expérimenté surtout chez le chat, la souris, le cobaye, à des doses diverses. Voici quelques protocoles à titre d'exemple :

PROTOCOLE 1. — *Chat*. Poids 4 kilogs.

15 h. 45. — Injection sous-cutanée de 0,6 mgr. de chloralose et 0,02 mgr. de scopolamine. Après l'injection, pas de modifications.

15 h. 55. — Nouvelle injection sous-cutanée de 4,8 mgr. de chloralose et 0,03 mgr. de scopolamine.

16 h. 5. — L'animal, jusque-là normal, marche plus lentement, se frotte aux chaises ; quand on ouvre la porte, se dirige vers elles, mais lentement.

16 h. 10. — Vacille en marchant ; quelques tremblements ; parvient cependant à sauter sur une chaise ; s'y roule en boule *et prend l'attitude du sommeil*. Pupilles dilatées, s'affaisse de plus en plus souvent sur l'arrière-train.

16 h. 15. — Miaule un peu ; démarche de plus en plus engourdie ; parésie du train postérieur ; toutefois l'initiative motrice est conservée. Va et vient dans le laboratoire.

16 h. 20. — Marche de plus en plus difficile. Se couche près du calorifère. Respirations : 16 par minute. Quelques tremblements. On le secoue, essaie de marcher, mais s'affaisse. Cherche à grimper sur une chaise, mais sans y parvenir.

16 h. 35. — Couché sur le côté : secousses musculaires violentes.

17 heures. — Couché sur le côté gauche, tête en extension, pattes postérieures fléchies et animées de secousses brusques et rythmées (100 par minute).

17 h. 35. — Même état.

Ensuite les troubles se calment ; le lendemain l'animal est totalement rétabli.

PROTOCOLE 2. — *Souris blanche.*

16 h. 45. — Injection sous-cutanée de 0,18 mgr. de chloralose et de 1/200 mgr. de scopolamine.

17 h. 15. — Rien d'anormal. Nouvelle injection de 18/100 mgr. de chloralose et de 1/200 mgr. de scopolamine.

17 h. 25. — La souris tourne en rond dans le bocal, trainant les pattes postérieures. Démarche vacillante.

17 h. 30. — Le train postérieur s'affaisse. Nouvelle injection de 18/100 mgr. de chloralose.

17 h. 45. — Animal aplati. Si on l'excite, reprend sa marche, mais toujours vacillante.

17 h. 55. — Engourdie, mais marche par moments en vacillant ; quelques secousses téτανiformes. Nouvelle injection de 18/100 mgr. de chloralose.

18 heures. — Engourdie. Secousses téτανiformes. Nouvelle injection de 18/100 mgr. de chloralose.

18 h. 10. — Nouvelle injection de 18/100 mgr. de chloralose.

Narcose complète. Animal aplati. Quelques secousses. Mort dans la soirée.

PROTOCOLE 3. — *Cobaye.*

16 h. 30. — Injection d'un mélange de 8 mgr. de chloralose + 1/20 mgr. de scopolamine.

16 h. 50. — Pas de modifications. Nouvelle injection de 8 mgr. de chloralose + 1/20 mgr. de scopolamine.

17 h. 5. — Pas de modifications ; nouvelle injection de 40 mgr. + 1/10 mgr. de scopolamine.

17 h. 15. — Animal un peu aplati, les yeux ouverts. Ce qui domine c'est la parésie des pattes.

17 h. 40. — S'aplatit davantage. Se couche sur le côté. Ferme les yeux. Aspect de narcose.

17 h. 50. — Même état, mais apparition de secousses assez fortes des pattes et du corps durant la soirée.

Comment peut-on analyser les troubles moteurs réalisés par le scopochloralose chez ces animaux ?

Evidemment, on a l'impression à première vue que les mouvements volontaires sont gênés, tandis que les mouvements réflexes sont conservés, mais ce trouble est-il comparable à la catalepsie ? Nullement.

En effet, ce qui est suspendu dans la catalepsie ce n'est pas le mouvement proprement dit, c'est l'*initiative du mouvement*. L'animal ne cherche plus de lui-même à faire le moindre mouvement, mais garde les positions qu'on lui imprime même si celles-ci représentent un effort musculaire assez marqué. Au contraire, l'animal scopochloralosé a conservé l'initiative du mouvement. Il fait des efforts manifestes (si toutefois la dose n'est pas trop élevée) pour remuer, mais ne le peut pas, ou le peut difficilement. Il s'agit donc là d'un trouble beaucoup plus moteur que psychomoteur. Sans doute la contraction musculaire mécanique ou autre est-elle conservée, et même exaltée, mais il ne s'agit là que d'une action musculaire d'ordre réflexe, de nature probablement surtout médullaire.

En un mot, dans la catalepsie, tout se passe comme si l'animal avait perdu la volonté, ou l'initiative du mouvement. Dans l'intoxication par la scopochloralose, tout se passe comme si l'animal avait perdu partiellement ou en totalité le pouvoir de réaliser le mouvement. Dans les deux cas, le trouble porte bien sur la motilité dite volontaire : mais, dans le premier cas, c'est la mise en train, l'ordre du mouvement qui est suspendu, dans le second, c'est l'exécution de ce mouvement volontaire qui est inhibée.

On peut donc dire que le scopochloralose réalise chez l'animal une véritable parésie portant sur l'exécution cérébrale du mouvement, véritable *parésie corticale* analogue en effet à celle que réalise la suppression de la zone motrice, mais parésie qui respecte la part psychique du mouvement, c'est-à-dire l'initiative psycho-motrice.

Cette étude comparative de la catalepsie bulbocapnique et de la parésie scopochloralique montre donc bien la différence considérable qui sépare une parésie corticale vraie de la catalepsie.

Une autre différence réside dans l'état des fonctions d'équilibration. Celles-ci, comme nous l'avons montré avec de Jong, sont parfaitement conservées dans la catalepsie bulbocapnique. Elles sont au contraire très perturbées, comme y a insisté Ch. Richet, dans l'intoxication par le chloralose. Il en est de même chez nos animaux injectés par le scopochloralose. Leur marche est incoordonnée, ébrieuse, et, lorsqu'on pousse un peu plus l'intoxication, la statique est fortement atteinte, l'animal est aplati, parésié, en narcose, aspect tout à fait différent de la catalepsie ou catatonie expérimentales.

En un mot, les troubles d'inhibition corticale réalisés par le scopochloralose sont d'un ordre tout à fait différent de la catalepsie ou de la catatonie expérimentales.

II. — ACTION RÉCIPROQUE DES DEUX INTOXICATIONS PAR LA BULBOCAPNINE ET LE SCOPOCHLORALOSE. — Si les deux intoxications par la bulbocapnine et par le scopochloralose réalisent des troubles de fonctions tout à fait différents, on pourrait se demander si ces deux intoxications ne sont pas susceptibles de réagir l'une sur l'autre. Il était en effet du plus haut intérêt de déterminer si la paralysie du cortex réalisée par le scopochloralose n'empêche pas l'action catatonisante de la bulbocapnine. C'était reprendre par une autre voie le problème si controversé du facteur cortical dans la catalepsie et la catatonie expérimentales ; rappelons à ce sujet les expériences de Shaltenbrand et de Stanley Cobb effectuant l'épreuve de la bulbocapnine chez des animaux à qui on a enlevé chirurgicalement le cortex. Ces ablations de parties aussi importantes du cerveau ont certains inconvénients. Il pouvait donc être plus physiologique de supprimer les fonctions corticales non plus par une ablation chirurgicale, mais par une action pharmacodynamique.

Nous avons étudié successivement, dans des expériences répétées un grand nombre de fois, l'action du scopochloralose, d'une part, sur la catalepsie, et la catatonie bulbocapnique, d'autre part, sur l'épilepsie bulbocapnique. Quelques-unes de nos expériences ont été rapportées en 1934 dans la thèse de notre élève Schachter (7).

a) *Action du scopochloralose sur la catalepsie et la catatonie bulbocapnique.* — Nous avons essayé tantôt de faire précéder

l'injection de scopochloralose, tantôt celle de la bulbocapnine, tantôt d'injecter un mélange des deux. Voici, à titre d'exemple, quelques protocoles chez la souris :

PROTOCOLE 1. — *Souris blanche.*

11 h. 15. — Injection sous-cutanée de 1/10 mgr. de chloralose et de 1/100 mgr. de scopolamine.

11 h. 23. — Quelques secousses myocloniques, mais l'animal va et vient, initiative motrice conservée.

11 h. 27. — Secousses, traîne le train postérieur.

11 h. 35. — Injections de 5 mgr. de bulbocapnine Merck.

11 h. 39. — S'aplatit, s'immobilise, queue en l'air, tendance à garder la position, mais les pattes sont aplaties, et l'animal est très parésié. Polypnée.

11 h. 45. — Secousses épileptiques. Hyperkinésies. Mort.

PROTOCOLE 2. — *Souris blanche.*

11 h. 45. — Injection sous-cutanée de 5 mgr. de bulbocapnine.

11 h. 50. — Catalepsie typique. On injecte alors 1/10 mgr. de chloralose + 1/100 mgr. de scopolamine.

11 h. 55. — *Animal aplati, en narcose complète, et anesthésié* (ne réagit pas à la piqure).

12 h. 20. — Même état. On place l'animal sur le bec Bunsen, ne s'y maintient pas et tombe (parésie).

12 h. 30. — Même état, narcose. Polypnée qui persiste ensuite une très grande partie de l'après-midi.

PROTOCOLE 3. — *Souris blanche.*

11 heures. — Injection de 5 mgr. de bulbocapnine + 1/10 mgr. de chloralose + 1/100 mgr. de scopolamine.

12 h. 4. — Catalepsie. Se maintient sur le support.

12 h. 12. — Aspect de narcose. Animal aplati.

13 h. 30. — Même état.

17 heures. — Animal rétabli. Pas de catalepsie.

Le lendemain l'animal est normal.

Le scopochloralose n'empêche donc pas la catalepsie bulbo-capnique de se produire. Tout au plus, peut-il la gêner, un peu, mais cette gêne est liée à l'adjonction d'un élément parétique qui diminue la possibilité de contractions actives de l'animal.

Il semblerait, d'après les protocoles que nous venons de rapporter, que le scopochloralose atténuerait davantage les phénomènes bulbo-capniques lorsqu'il est injecté après la bulbocapnine. Injecté avant la bulbocapnine, il semblerait aggraver l'action bulbo-capnique. Mais les résultats expérimentaux répétés sont très variables. On ne peut pas, en tout cas, conclure d'une façon constante.

Chez de plus gros animaux, notamment chez le chat, le cobaye, nous avons à plusieurs reprises fait des expériences de même ordre. Nous ne sommes jamais parvenus à neutraliser par le scopochloralose l'action catatonigène de la bulbocapnine ; on assiste simplement à une *superposition des deux intoxications* : l'animal est en catalepsie, mais il est plus affaîssé, moins tendu, on note parfois une combinaison de sommeil et de catalepsie, et si celle-ci paraît parfois un peu moins nette, c'est en raison de l'adjonction d'un facteur parétique.

b) *Action du scopochloralose sur l'épilepsie bulbocapnique.* — Dans nos premières expériences, il y a quelques années, nous avons eu par contre l'impression que le scopochloralose était peut-être susceptible de neutraliser dans une certaine mesure l'épilepsie bulbocapnique. C'est ainsi que chez des souris ayant reçu du scopochloralose après une dose élevée (cinq mgr.) de bulbocapnine, on n'observait qu'un état de catalepsie ou de narcose sans épilepsie. A deux reprises, nous avons injecté à des cobayes en pleine épilepsie bulbocapnique et en véritable état de mal, une dose de 8 milligrammes de scopochloralose + 1/20 mgr. de scopolamine. Presqu'aussitôt l'épilepsie s'arrêtait, l'animal se remettait sur ses pattes, et se rétablissait. Une fois, également, nous avons injecté à un cobaye de 550 gr. un mélange contenant d'une part 100 mgr. de bulbocapnine, d'autre part 8 mgr. de chloralose + 1/20 mgr. de scopolamine. L'animal présentait seulement une impulsion, quelques petites secousses de la tête, une très légère catalepsie, mais se rétablissait sans manifester aucune secousse épileptique.

Devant l'intérêt possible de ces faits, nous avons repris l'expérimentation sur une plus large échelle, en comparant par exemple des séries de cobayes de poids et d'âges analogues, les uns recevant 100 mgr de bulbocapnine, les autres recevant en plus des 100 mgr. de bulbocapnine, une dose de 8 mgr. de chloralose + 1/20 de mgr. de scopolamine. Nous choisissons à cet effet des cobayes de petit poids (aux environs de 300 gr.), et jeunes, conditions augmentant leur sensibilité à l'action épileptogène de cette dose de bulbocapnine.

Les résultats n'ont pas répondu dans l'ensemble à notre première hypothèse. Nous avons observé de l'épilepsie chez les deux lots d'animaux, dans des proportions à peu près équivalentes, car il faut tenir compte aussi de la sensibilité ou de la résistance individuelle de certains animaux, et c'est pourquoi seules des expériences étendues peuvent permettre d'éliminer ce facteur. Une fois même, les animaux ayant reçu en plus le scopochloralose

lose, furent plus touchés que les animaux ayant reçu la seule bulbo-capnine, et moururent rapidement au cours de secousses convulsives et d'hyperkinésies violentes. Il est vrai qu'au cours de cette expérience nous avons utilisé une solution de chloralose vieille de trois mois. Pensant que le chloralose avait pu se transformer en solution, nous avons repris les expériences avec une solution fraîche. Nous n'avons pas observé de phénomènes aussi graves, mais les animaux ayant reçu le scopochloralose n'ont pas été protégés contre l'effet convulsivant de la bulbo-capnine à hautes doses.

III. — ACTION DU SCOPOCHLORALOSE CHEZ L'HOMME. — Nous avons dès l'année 1930 observé l'effet du scopochloralose chez l'homme en utilisant les doses thérapeutiques déjà employées par M. Pascal. Nous n'avons pas observé en dehors du sommeil de perturbations neurologiques notables. Les réflexes tendineux sont conservés, on ne note pas de signes pyramidaux. On observe parfois des secousses musculaires, mais celles-ci semblent liées en partie au parachloralose. On les observe beaucoup moins en utilisant du chloralose chimiquement pur. Chez certains sujets, on observe parfois aussi des ébauches de grimaces, des stéréotypies passagères.

Enfin quelquefois, avec la dose forte, on peut noter une ébauche de conservation des attitudes, comme dans l'observation suivante :

Sim..., 22 ans.

10 h. 20. — Avale à jeun un cachet contenant 0,75 de chloralose + 3/4 milligr. de scopolamine.

12 heures. — Bouche un peu sèche, n'a pas d'appétit.

12 h. 30. — Tendance à la somnolence.

12 h. 40. — Somnolence marquée. Démarche ébrieuse. On lui lève la jambe, demande : « Faut-il la tenir en l'air ? » Les épreuves du doigt sur le nez, ou du talon sur le genou sont effectuées correctement.

Hypotonie assez marquée. Réflexe plantaire en flexion. Rotuliens normaux. Pouls 48. Réflexe oculo-cardiaque nul. Respiration suspirieuse. Aucune tendance à la catalepsie.

15 heures. — Attitude du sommeil, yeux clos, résolution musculaire, respiration suspirieuse. On soulève alors légèrement le bras, il reste dans la position où on l'a placé durant une minute environ, puis s'abaisse doucement sur le lit. Aux membres inférieurs, par contre, pas de conservation des attitudes. Ce simple fait suffit d'ailleurs à réveiller le malade qui s'étire, et nous dit bonjour.

On le fait alors lever ; marche sensiblement normale, la titubation a

à peu près complètement disparu. Réflexes tendineux amples, pendulaires. Réflexes cutanés normaux. Réflexe plantaire en flexion.

Le malade se plaint en outre d'avoir la vue un peu trouble, mais reconnaît parfaitement les objets, les personnes ; aucune cécité psychique.

On le fait ensuite recoucher, presque aussitôt retombe dans le sommeil. Respiration suspirieuse. Légère tendance à la conservation des attitudes.

Pouls, 48.

Pupilles plutôt dilatées.

Le soir, le malade est réveillé. Ensuite tout à fait normal.

Cette observation que nous avons rapportée à titre d'exemple montre que le scopochloralose peut réaliser chez l'homme :

1° Un sommeil vrai, analogue au sommeil physiologique, avec résolution musculaire, yeux clos, ralentissement du pouls, respiration suspirieuse, sommeil peu profond avec réveil facile. Cet état de sommeil est bien différent des états de véritables narcoses que réalisent par exemple les injections de somnifène.

2° Des troubles légers de l'équilibre, au début surtout, mais peu intenses, peu durables, à rapprocher des troubles analogues observés dans l'expérimentation.

3° Un ralentissement du pouls que nous avons étudié spécialement avec les modifications vasculaires.

4° Une absence de modifications notables des réflexes tendineux ou cutanés.

5° Enfin une ébauche de conservation des attitudes segmentaires.

Notons que, en utilisant avec Claude et Porak (8) la méthode ergographique, nous avons pu mettre en évidence la production par le scopochloralose d'un trouble de la mise en train psychomotrice analogue à celle qui existe dans la catalepsie.

Nous ne reprendrons pas ici l'action du scopochloralose en pathologie nerveuse et mentale. Nous avons surtout insisté sur son action thérapeutique dans le pithiatisme. Par contre, l'effet nous a paru le plus souvent négligeable dans la catatonie et la démence précoce, ainsi que dans la plupart des autres états névropathiques ou psychopathiques. On trouvera des détails sur ce sujet dans la thèse de notre élève Schachter.

En résumé — le scopochloralose détermine surtout expérimentalement chez l'animal des parésies, des troubles de l'équilibre, des troubles sensoriels (cécité psychique), du sommeil et de la narcose, sans toutefois de troubles psychomoteurs vrais du type de la catalepsie ou de la catatonie.

Il ne neutralise pas l'action catatonisante ou épileptisante de la bulbo-capnine chez l'animal, mais peut parfois la masquer partiellement par l'adjonction d'un élément parétique.

Chez l'homme, il détermine surtout du sommeil, avec ralentissement du pouls et parfois ébauche de troubles psychomoteurs (catalepsie légère).

Si le scopochloralose semble bien exercer une action sur le fonctionnement cortical, cette action est en tout cas d'une autre nature que celle des diverses substances catatonigènes que nous avons étudiées expérimentalement jusqu'à ce jour.

BIBLIOGRAPHIE

1. BARUK (H.). — L'association scopolamine-chloralose. Action physiologique expérimentale et essais thérapeutiques en neuro-psychiatrie. *Gazette Médicale de France*, 1^{er} janvier 1934.
2. PASCAL. — Le scopochloralose. *Revue de Psychothérapie*, mars 1929.
3. HANRIOT et RICHET (Ch.). — De l'action physiologique du chloralose. *Soc. de Biol.*, 1-8-1893 et Les chloraloses. *Arch. de Pharmacodynamie*, 1897, t. III, 191-211.
4. RICHET (Ch.). — Article Chloralose, in *Dictionnaire de Physiologie*, 1898, t. III, C, pp. 582-594.
5. BROUN (D.), Mlle LÉVY et Mme MEYER-OULIF. — Influence de la scopolamine sur les hypnotiques corticaux et basilaires. *C.R. Soc. de Biol.*, 1931, t. CVII, p. 1522.
6. RICHET (Ch.). — In *Dictionnaire de Physiol.*, loc. cit., p. 587.
7. SCHACHTER. — L'association scopolamine-chloralose. *Thèse*, Paris, 1934.
8. CLAUDE, BARUK et PORAK. — Sommeil cataleptique et mise en train psychomotrice. *Encéphale*, septembre-octobre 1932.
9. BARUK (H.), Mlle GÉVAUDAN, CORNU (R.) et MATHEY (J.). — Action vasculaire du scopochloralose. Quelques mécanismes physiologiques de ses effets thérapeutiques dans l'hystérie. *Ann. Méd.-Psych.*, n° 2, juillet 1936.

La séance est levée à 19 heures 10.

Le Secrétaire des séances,
Paul ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 5 Novembre 1936

Présidence : M. TINEL, président

Atrophie cérébelleuse syphilitique et syphilis cérébrale (Etude anatomo-clinique), par MM. Th. ALAJOUANINE et Th. HORNET.

Les auteurs présentent un cas d'atrophie cérébelleuse associée à un processus inflammatoire ancien, diffus, des méninges et du névraxe ; les signes cliniques avaient été ceux d'une syphilis nerveuse diffuse avec syndrome cérébelleux progressif, signes pyramidaux bilatéraux et troubles psychiques. MM. Alajouanine et Hornet comparent les caractères de cette atrophie cérébelleuse syphilitique à ceux des autres atrophies du cervelet (absence de systématisation et diffusion de l'atrophie, réactions inflammatoires diffuses, atrophie secondaire diffuse des olives bulbaires) et insistent sur le fait qu'un syndrome cérébelleux progressif syphilitique peut relever d'une atrophie du cervelet. Des projections accompagnent cette présentation.

M. Alajouanine fait en outre remarquer que si l'atrophie cérébrale est bien connue dans la paralysie générale, il y a peu de cas où elle puisse s'observer dans les autres syphilis du névraxe, d'où l'intérêt de sa communication.

La myélite extensive du zona, par MM. J. LHERMITTE et AJURIAGUERRA.

Ainsi que Wohlwill et Lhermitte l'ont montré, l'herpès zoster s'accompagne régulièrement de lésions aiguës inflammatoires de la moelle épinière dont le maximum correspond au métamère cutané où siège l'éruption. Toutefois, dans certains cas exceptionnels, l'altération médullaire s'avère plus étendue.

Les auteurs rapportent un cas de ce genre très démonstratif ; zona de la

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Novembre 1936. 46.

première lombaire chez un vieillard ayant succombé six semaines après le début de l'éruption : lésions myélitiques des cordons postérieurs et de la substance grise du même côté que l'éruption dont le maximum apparaît sur les segments inférieurs à la moelle cervicale. En certains points, les lésions d'infarctissement vasculaire traversent la ligne médiane.

Il est à souligner que malgré l'intensité de ces lésions *cervicales* le malade n'a présenté aucune douleur dans la région correspondante.

Etude anatomo-pathologique de deux cas de radiculo-névrite, le premier survenu au cours d'une intoxication mercurielle aigüe, le second d'origine infectieuse probable, par MM. Georges GUILLAIN et Yvan BERTRAND.

Certaines radiculo-névrites peuvent avoir une terminaison mortelle quand elles atteignent les voies de conduction cardio-pulmonaires.

Les auteurs rapportent l'étude anatomo-clinique de deux cas de cet ordre. Dans le premier cas, il s'agit d'une intoxication mercurielle. Les lésions sont d'une intensité et d'une diffusion exceptionnelle. La destruction cylindraxile est encore plus poussée que l'atteinte myélinique, elle aboutit à un tronçonnement et à une pulvérisation avancée de l'appareil neuro-fibrillaire. Ces dégénérescences s'opèrent avec un minimum de réactions interstitielles, caractérisées par une hyperplasie schwannique sans infiltrations cellulaires.

Dans le second cas, l'affection se présente sous la forme d'une paralysie ascendante à type radiculo-polynévritique. La très faible albuminose (0 gr. 35) du liquide céphalo-rachidien fait rejeter le diagnostic de syndrome de Guillain-Barré. L'origine infectieuse avec début pseudo-rhumatismal, apparaît probable.

Anatomiquement, les racines de la queue de cheval sont peu touchées, les dégénérescences augmentent rapidement dans les nerfs périphériques. L'atteinte myélinique est très irrégulière. Quelques fascicules nerveux montrent une dégénérescence décelable de bout en bout, ponctuée par une infiltration macrophagique.

Deux cas d'encéphalopathie congénitale avec réflexes profonds du cou et syncynésie instinctive particulière, par M. P.-R. BIZE.

L'auteur présente le cas de deux nourrissons dont l'encéphalopathie est d'origine obstétricale, il a pu mettre en évidence :

1° L'existence de réflexes profonds du cou consistant, lors de la flexion forcée de la tête, en des mouvements symétriques de croisement des bras et d'extension des membres inférieurs.

2° L'exagération des réactions instinctives végétatives : pandiculation pour le bâillement, fou rire après le rire, spasme du sanglot après la colère, mouvement global après l'éternuement.

3° L'apparition de réactions syncinétiques de « protection » pour l'introduction buccale dans un cas et pour la protection oculaire dans l'autre cas.

Sténose de l'aqueduc de Sylvius par une tumeur très limitée, par MM. Georges GUILLAIN, I. BERTRAND et R. MESSIMY.

Observation anatomo-clinique d'un cas de sténose de l'aqueduc de Sylvius chez une femme de 26 ans, causée par une tumeur limitée périépendymaire. Les auteurs insistent : 1° sur la pauvreté de la symptomatologie clinique

qui se résumait en un syndrome d'hypertension intracrânienne accompagnée de légers signes cérébelleux statiques et d'une faiblesse des mouvements de convergence des yeux ; 2° sur l'évolution brusquement grave après une phase torpide de deux années ; 3° sur les dangers de la ventriculographie dans de tels cas.

La petite tumeur, du volume d'un pois, constatée autour de l'aqueduc de Sylvius, présentait le type anatomique d'un spongioblastome polaire. Parmi les sept cas connus de tumeurs autour de l'aqueduc commenté récemment par Biron Stookey et J. Scarff, il s'agissait de deux glioblastomes polaires et de cinq astrocytomes. Toutes ces tumeurs, comme dans la présente observation, étaient de petit volume.

Discussion. — M. LHERMITTE a observé deux cas de tumeurs de l'aqueduc de Sylvius, l'un avec hydrocéphalie et signes importants d'hypertension, et l'autre, remarquable par les signes infundibulo-hypophysaires.

M. CHAVANY insiste sur l'importance de l'injection de lipiodol pour le diagnostic de ces tumeurs.

Nystagmus vélo-palatin à la suite d'une lésion récente du faisceau central de la calotte, par MM. G. MARINESCO, N. JONESCO-SINESTI, et Th. HORNET.

Les auteurs rapportent le cas d'un pseudo-bulbaire ayant présenté à la suite d'un ictus un nystagmus du voile du palais.

Ils insistent surtout sur les lésions anatomiques. Il existait une hémorragie récente du faisceau central de la calotte au niveau de la protubérance.

L'olive bulbaire présentait une dégénérescence hypertrophique avec prolifération des dendrites cellulaires.

Les auteurs insistent sur la possibilité du retentissement olivaire d'une lésion récente du faisceau central de la calotte.

De la qualité des émotions déterminantes des attaques de catalepsie, par MM. J. LHERMITTE et BINEAU.

Chez le malade présenté, la nuance affective des émotions capables de déclencher l'inhibition partielle ou complète du tonus apparaît singulièrement précise ou déterminée. Toujours il s'agit d'une vibration émotive agréable accompagnée d'un effet de surprise. Au contraire, les émotions douloureuses ou pénibles gardent leur influence tonique. Dans ce cas, comme dans la règle, les attaques cataplectiques alternent avec les crises de narcolepsie. Le syndrome de Gélinau est au complet et l'origine de la maladie demeure inconnue.

Compression médullaire dorsale supérieure chez une femme de 73 ans atteinte de maladie de Recklinghausen. Guérison de la paraplégie après ablation de deux petits méningiomes, par MM. J.-A. CHAVANY, M. DAVID et F. THIÉBAUT.

Chez une femme de 73 ans, atteinte de neuro-fibromatose de Recklinghausen, apparition progressive en quelques mois d'une paraplégie par compression. Les auteurs insistent sur la guérison obtenue avec des *suites opératoires tout à fait normales malgré l'âge avancé du sujet*. L'image lipiodolée objectivait nettement la présence de deux tumeurs étagées sur deux segments, qui furent extirpés et qui s'avérèrent à la coupe comme étant des

méningiomes. Nouveau cas de maladie de Recklinghausen déterminant des méningiomes et non des schwannomes pouvant s'expliquer d'après la conception d'Oberling concernant l'origine embryologique commune des méningoblastes et les éléments qui formeront les gaines de Schwann.

Obsessions after midlife, par M. WILLIAMS.

A propos de mouvements involontaires, par MM. ALAJOUANINE et THUREL.

Les auteurs présentent un malade atteint de mouvements involontaires, d'une part, de mouvements du cou à type torticolis, d'autre part de mouvements de la face à type de spasme facial. Ces mouvements sont modifiés par l'attitude. Ils disparaissent en effet quand le malade est couché ou quand il fléchit la tête, ils augmentent au contraire quand il parle, au moment des mouvements de mastication, ou quand il boit. Pour expliquer ces faits les auteurs font jouer un rôle à l'apnée en inspiration ou en expiration forcée.

Abcès frontal droit encapsulé à staphylocoques dorés consécutif à une infection sinuso-ethmoïdale. Ablation d'un seul bloc de l'abcès après amputation du pôle frontal. Guérison, par MM. PUECH, R. THOMAS et M. BRUN.

Hématome sous-dural droit post-traumatique,
par MM. F. THIÉBAUT, M. DAVID et L. GUILLAUMAT.

Syndrome d'hypertension intra-cranienne datant de six semaines, apparu 15 jours après un léger traumatisme cranien. Signes cliniques très frustes de localisation droite, confirmée par ventriculographie. Opération, guérison. A l'intervention on ne découvre pas de lésions cérébro-méningées macroscopiques capables d'avoir favorisé l'hémorragie, déclanchée par un choc pourtant minime.

A propos de l'ablation d'un seul bloc des abcès encapsulés du cervelet,
par MM. P. PUECH, MAHOUDAU et H. ASKÉNASY.

Où en est la question de l'hystérie, par J. FROMENT.

M. Froment estime que la question se pose instamment après les deux récents congrès qui ont montré « qu'on ne comprenait de moins en moins ». Pour M. Froment, quatre points sont à considérer :

- 1° tout le monde reconnaît l'existence de l'hystérie ;
- 2° tout le monde refuse de la valeur aux stigmates de Charcot ;
- 3° nul, parmi les neurologistes, n'admet la réalité du rôle de la gangrène, de la fièvre dans l'étiologie et n'envisage qu'avec prudence celui des chocs émotifs ;
- 4° enfin, y a-t-il une hystérie ? un pithiatisme non organique ?

Pour M. Froment, la question est simple, on ne parle pas des mêmes faits, on n'use pas des mêmes critères. Pour un élève de Babinski, il n'y a pas une observation de M. Marinesco qui rappelle ce qu'il appelait l'hystérie. Dans le rapport de M. Ludo van Bogaert, il n'y a que deux observations publiées.

Il faut préciser où commence et où finit la physiopathologie de l'hystérie.

Discussion. — La Société décide que la discussion aura lieu dans une séance fixée ultérieurement et à laquelle seront invités MM. Marinesco et L. van Bogaert.

**A propos de trois confessions sincères d'hystériques,
Hystérie et simulation, par M. BOISSEAU.**

Dans cet exposé M. Boisseau estime que la part de la simulation est importante dans les manifestations hystériques et rapporte trois cas tirés d'œuvres littéraires.

M. LECONTE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 24 Octobre 1936

Présidence : M. VERMEYLEN, président

M. le professeur VERMEYLEN, *président*, salue la présence du D^r WESTERMAN-HOLSTIJN, d'Amsterdam, secrétaire de la Société hollandaise de Psychiatrie et de Neurologie. Il annonce la nomination des D^{rs} DE CRAENE, comme professeur, et ALEXANDER, comme chargé de cours, à la nouvelle Ecole des Sciences criminelles de l'Université de Bruxelles, et félicite ces deux anciens présidents de la Société de Médecine mentale.

**Produit incestueux dans une famille comportant trois générations
de débiles mentaux, par M. A. LEV.**

Le caractère héréditaire de la débilité mentale a parfois été contesté ici, lorsqu'il fut question des mesures radicales qu'ont utilisées certains pays pour en tarir la source. On a dit que la dégénérescence éteint elle-même la race. L'histoire de la famille, dont un des spécimens est présenté, contredit cette opinion. Le caractère dominant de la débilité mentale y est très marqué au point que tous les sujets sans exception sont atteints.

La fillette présentée a 9 ans. Elle provient de rapports incestueux entre le père et sa fille. La mère de cette enfant, débile très caractérisée, s'est mariée ultérieurement et a continué à procréer. Malgré que l'inceste ait chez les tarés mauvaise réputation, dans le public et chez les eugénistes, on doit constater que cette enfant représente plutôt un niveau mental

supérieur à celui des autres membres de la famille. Elle a montré cependant des tendances sexuelles précoces.

Il est intéressant de noter que cette fillette, dont la santé est délicate, est particulièrement soignée par les pédagogues et les autorités scolaires. Cet aspect social de la question, cette culture des faibles et des débiles qu'on cherche malgré tout à faire vivre et à sauver représente un élément inéluctable dans l'état actuel de notre sentimentalité, mais grave au point de vue de l'avenir de la race. Il est légitime d'élever ces sujets et de leur donner tous les soins utiles, mais il est inadmissible de leur permettre le mariage et la fécondité.

Genèse et guérison d'une phobie infantine, par M. WESTERMAN-HOLSTIJN.

Le refoulement automatique d'un complexe douloureux, souvent difficile à déceler chez l'adulte, est plus net chez l'enfant. L'observation attentive de la formation de certains complexes chez l'enfant, est précieuse pour la compréhension de la psycho-pathologie de l'adulte.

L'auteur analyse la suite des refoulements et de certaines réactions chez une fillette, depuis le moment où, à l'âge de 3 ans, elle a découvert la différence de sexe entre son jeune frère et elle. Diverses assimilations, soit en rêve, soit dans le subconscient, expliquent des phobies et enfin des crises d'angoisse. La fillette guérit lorsque, à la suite d'une lente évolution, ses préoccupations refoulées devinrent plus ou moins conscientes. On vit alors un complexe de mort et de castration se transformer en prudence.

J. LEY.

**Groupement Belge d'Etudes Oto-neuro-ophtalmologiques
et Neuro-chirurgicales**

Séance du 24 Octobre 1936

Présidence : M. CHEVAL, président

**Sur une forme particulière de gliomatose périvasculaire,
par MM. SCHERER et DE BUSSCHER.**

Etude anatomo-clinique du cas d'une femme de 46 ans présentant un syndrome assez atypique caractérisé par des troubles de la statique avec céphalées, vertiges, surdité unilatérale droite, douleurs occipitales, attitude penchée de la tête, baillements et hoquets survenant par accès, papille de stase

bilatérale légère. L'autopsie révéla une tumeur protubérantielle, gliome à cytologie variable sans limites nettes, mais à disposition systématiquement périvasculaire, en dehors de l'espace de Virchow-Robin, avec images de neuronophagie, prolifération des petits vaisseaux. Les auteurs discutent la morphogénèse de tels phénomènes et le rôle joué par les vaisseaux ; ils comparent leur cas aux divers types connus de tumeurs gliomateuses.

Métastase cérébrale du cancer pulmonaire, par M. ANDERSEN.

L'auteur souligne la fréquence des métastases cérébrales de cancer pulmonaire et en relate trois cas, en attirant l'attention sur l'apparition généralement tardive des symptômes graves, et sur l'analogie du tableau clinique dans les trois observations, malgré des localisations métastatiques différentes. L'allure toxique du délire, son début brusque, son évolution rapide, la confusion, l'agitation, les hallucinations terrifiantes, sont des symptômes particulièrement fréquents dans ces cas.

Troubles mentaux consécutifs à une commotion cérébrale avec gliome, par M. RADERMAECKER.

Relation d'un cas d'un invalide de guerre qui, à la suite d'un traumatisme probablement bénin, présenta des troubles d'allure névropathique, sans signes objectifs et fut réformé pour hystéro-traumatisme. Il exerça ensuite pendant de nombreuses années le métier d'orthopédiste, et son taux d'invalidité fut réduit, en raison de l'amélioration des symptômes. Vingt ans après le traumatisme, les troubles à caractère névropathique réapparaissent. Un examen objectif ne révèle rien de particulier, et le diagnostic d'hystéro-traumatisme est maintenu, mais en trois semaines l'état du malade s'aggrave au point qu'il est transporté à l'hôpital où l'on constate un état comateux avec hémiplégie et hémorragies rétinienes. L'autopsie révèle la présence d'un gliome du lobe temporal gauche. L'auteur discute le cas au point de vue médico-légal, et arrive à la conclusion que l'origine traumatique de ce gliome est très peu probable.

Tumeur du rocher et de la région temporo-pariétale, par M. HUBIN.

Présentation de radiographies et discussion du diagnostic, du cas d'une femme de 36 ans qui, depuis 10 ans, souffre de céphalées intermittentes avec parésie faciale droite, léger bruit de cloche, démarche ébrieuse dans l'obscurité, troubles de la mémoire de fixation. Actuellement, la fosse temporale droite fait saillie, les réactions labyrinthiques sont abolies de ce côté la réaction de Wassermann est positive. La radiographie montre un aspect de kyste énorme occupant la région temporale, s'insinuant le long du rocher et débordant sur la région pariétale.

Il s'agit probablement d'un anévrisme de la carotide interne, mais les diagnostics d'angiome ou de cholestéatome doivent être aussi envisagés.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Le terrain organique de l'obsession, par Raymond MALLET. *Le Progrès médical*, n° 23, p. 1002, 8 juin 1935.

Ce n'est pas dans quelque processus de refoulement qu'il faut chercher l'origine de la plupart des obsessions, M. Raymond Mallet fait sienne la théorie organique, qui considère l'obsédé comme un sujet présentant une libération incomplète et consciente d'automatismes aux dépens des facultés de contrôle. Trouble fonctionnel initial progressivement accompagné d'altérations diffuses des terminaisons nerveuses du système circulatoire et de la tonicité musculaire.

P. CARRETTE.

Contribution de Jung à la psychiatrie clinique (Jung's Contribution to Clinical Psychiatry), par Murdo MACKENZIE. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, section of Psychiatry*, T. XXVIII, n° 3, pp. 1051-1064, juin 1935.

On sait que Jung suggère une classification des troubles psychopathiques par rapport au degré d'adaptation typique. Il élargit le sens de l'introversion et de l'extraversion ; il en tire des méthodes d'investigation et de traitement. Comparée à la nosographie classique, la théorie se désintéresse souvent des précisions diagnostiques et se cantonne dans une simplification qui présente un avantage certain du point de vue psychothérapeutique et une portée philosophique qui peut ouvrir des voies nouvelles à l'étiologie et à la pathogénie des psychonévroses.

P. CARRETTE.

Etudes encéphalographiques dans les maladies mentales (Encephalographic Studies in Mental Disease), par Matthew T. MOORE, David NATHAN, Annie R. ELLIOTT et Charles LAUBACH. 90^e Meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, New-York, 28 mai-1^{er} juin 1934 in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCII, n° 1, pp. 43-67, juillet 1935.

On conçoit que les encéphalogrammes des psychoses dites organiques indiquent fréquemment des anomalies de l'architecture cérébrale. Ce qui est

neuf et instructif, c'est la découverte, faite par les auteurs, de modifications importantes au cours de la schizophrénie, dans les accès maniaco-dépressifs, les psychoses de l'épilepsie et la tendance à un type d'images complexe, analogue dans la schizophrénie et la démence paralytique. L'observation de troubles mentaux profonds, à évolution grave, coïncide assez fréquemment avec des signes encéphalographiques d'atrophie corticale à prédominance pariétale.

P. CARRETTE.

Courbes de rendement obtenues par la méthode des tests chez les normaux, les psychopathes constitutionnels et les malades mentaux (maniaques-dépressifs et schizophrènes) (Über das Leistungsgefälle bei Testversuchen an Psychischgesunden, Psychopathen und Psychischkranken (Manisch-Depressiven und Schizophrenen), par E. STRANSKY. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVI, 2, 1935.

L'auteur avait imaginé autrefois une méthode de tests pour l'étude de la faculté de combinaison, dérivée des tests d'Ebbinghaus. Quand on considère la complexité des éléments constitutifs d'une faculté psychique telle que la faculté de combinaison, quand on envisage notamment les racines importantes de celle-ci dans les couches profondes mêmes de la sphère affective ou thymopsychique, on est en droit de penser que les tests doivent présenter des différences sensibles dans les divers états psychopathiques. C'est dans le but d'identifier des types de rendement caractéristiques, que l'auteur a repris la méthode, partiellement modifiée. Les résultats sont représentés par des courbes, les épreuves successives étant inscrites dans l'abscisse, le temps d'exécution, en secondes, dans l'ordonnée. Chez les normaux, on constate peu d'oscillations, peu d'épreuves manquées ; les psychopathes constitutionnels donnent des courbes voisines de celles des normaux, avec des oscillations un peu plus marquées et une proportion de moitié supérieure des épreuves manquées. Chez les maniaques-dépressifs, les variations du temps d'exécution sont peu marquées, mais les épreuves manquées sont très nombreuses. Par contre, chez les schizophrènes, le temps d'exécution présente des variations extrêmes, tandis que le nombre des épreuves non réussies est très inférieur à celui des maniaques-dépressifs. Cette dernière constatation vient à l'appui de la conception, qui considère la schizophrénie comme une psychose dissociative bien plus que démentielle ; elle semble confirmer aussi l'opinion toujours défendue par l'auteur sur le rôle de l'ataxie intrapsychique, trouble fondamental de la schizophrénie.

E. BAUER.

L'hérédité dans les troubles mentaux (Herencia de los Desordenes Mentales), par Honorio DELGADO. *Anales de la Facultad de Ciencias Medicas*. T. XVIII, n° 1, Lima (Pérou), 1935.

La seule documentation utile dans la question de l'hérédité neuropsychopathique est celle qui fait état des notions mendéliennes sur les caractères dominants et récessifs et sur l'influence du sexe. 4 groupes psychiatriques repérables par des troubles organiques précis sont étudiés par M. Delgado : l'oligophrénie, l'épilepsie, la psychose maniaque-dépres-

sive et la schizophrénie. L'étude de la descendance des sujets malades est utile à la connaissance des personnalités psychopathiques qui représentent des formes atténuées d'états morbides, déviations légères par rapport à la normale, réalisant des dispositions antisociales à des degrés divers et devant servir de base à des considérations sur les origines de la délinquance.

P. CARRETTE.

A propos du pronostic dans l'œuvre de Magnan, par LOGRE. *Le Progrès médical*, n° 23, pp. 1001-1002, 8 juin 1935.

Il n'est pas de spécialité médicale où le pronostic soit plus délicat qu'en psychiatrie. Cependant, c'est la sûreté de ce pronostic qui impose la confiance à l'entourage du malade. M. Logre rappelle la haute valeur de l'œuvre de Magnan, dont la connaissance approfondie met le psychiatre à l'abri des tendances excessives des différentes écoles, du pessimisme kraepelinien aux interventions psychothérapiques systématiques des freudiens et aux statistiques rassurantes des partisans de la synthèse schizophrénique.

P. CARRETTE.

Inspirés et théomanes, par J. LÉVY-VALENSI. *Le Progrès médical*, n° 45, pp. 1782-1785, 9 novembre 1935.

Les mystiques délirants ne sont pas des influencés. Ils présentent un syndrome actif ou passif s'inscrivant dans le cadre d'une autre psychose, maniaque-dépressive ou schizophrénique. Le mécanisme de leur extériorisation délirante fait souvent illusion et les circonstances favorables leur permettent de jouer parfois un rôle social considérable. M. Lévy-Valensi fait un exposé historique et confirme ses conceptions par la présentation de trois cas nouveaux.

P. CARRETTE.

De l'état actuel du problème de la paranoïa, en considérant spécialement la paranoïa caractérogène (Über den heutigen Stand der Paranoïafrage mit besonderer Berücksichtigung der charakterogenen Paranoïa), par P. J. REITER. *Acta psychiatrica et neurologica*, X, 3, 1935, Copenhague.

Le problème de la paranoïa reste entièrement posé, toujours aussi obscur, aussi hérissé de difficultés. Les travaux modernes comme ceux de Kretschmer, de Bleuler et d'autres, même ceux, malgré ses erreurs fondamentales, de l'école psychanalytique, ont apporté des éléments positifs d'une valeur incontestable, mais chaque fois que des généralisations hardies sont risquées, les faiblesses apparaissent, les objections surgissent en foule. Ce qui paraît certain, c'est qu'il faut maintenir la distinction fondamentale entre les psychoses paranoïaques processuelles (le terme de processus étant compris au sens de Jaspers) et les psychoses paranoïaques caractérogènes, éventuellement avec développement caractérogène-catathymique. L'auteur propose la classification suivante, dans un but purement heuristique, des psychoses paranoïdes : 1) psychoses paranoïdes réactionnelles exogènes (délire de préjudice presbryophrénique, délire de jalousie alcoolique) ; 2) psychoses processuelles endogènes paranoïdes et paranoïaques (démences paranoïdes et paraphrénies) ; 3) psychoses paranoïdes réactionnelles cata-

thymiques psychogènes (idée prévalente de Wernicke, paranoïa mitis de Friedmann, délire d'interprétation sensitif de Kretschmer) ; 4) paranoïa caractérogène se développant avec une certitude fatale sur la base d'un caractère paranoïaque sthénique-phantastique, d'après un mécanisme endogène, sans intervention nécessaire des facteurs psychogènes, de milieu, etc. C'est à ce dernier groupe que correspond l'entité morbide paranoïa, qui mérite d'être maintenue sous réserve de cette délimitation. Quant aux formes processuelles, un grand nombre appartiennent sans doute à la schizophrénie, mais d'autres doivent en être séparées, surtout tant que le processus schizophrénique lui-même ne sera pas mieux connu. L'hypothèse d'une disposition paranoïaque constitutionnelle, endogène, à l'origine de toutes les psychoses paranoïdes, n'est pas admise par l'auteur, qui penche plutôt pour une disposition paranoïaque, phénomène d'âge, susceptible d'être activée par des facteurs endogènes divers, processuels ou non, psychogènes et caractérogènes. Dans l'investigation des processus paranoïdes autant que des paranoïas caractérogènes, nos moyens actuels sont malheureusement impuissants, et le temps n'est pas proche où la lumière sera faite.

E. BAUER.

La paranoïa précoce, par Jacques ROUBINOVITCH. *Le Progrès Médical*, n° 23, pp. 1014-1019, 8 juin 1935.

Les tendances paranoïaques peuvent passer au délire chez de jeunes sujets par une hypertrophie des dispositions égocentriques, un développement anormal de la sensibilité affective et des troubles de l'auto-critique. M. Roubinovitch montre le gros intérêt du diagnostic précoce. Même associée à d'autres tendances psychopathiques, la paranoïa juvénile est accessible aux mesures d'hygiène mentale. Un traitement approprié pourra redresser l'orientation paralogique et éviter les conflits d'inadaptabilité. Dans les formes plus graves, il permettra l'adoption de mesures administratives de protection du sujet, au besoin de l'entourage.

P. CARRETTE.

Syndrome d'automatisme mental de Clérambault (Syndromo de Automatismo mental de Clérambault), par Annibal SILVEIRA. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*, T. I, n° 3, pp. 374-382, avril-juin 1935.

L'auteur montre la valeur du syndrome décrit par de Clérambault des points de vue clinique, pathogénique et étiologique. Il fait cependant des réserves sur la rigueur de la systématisation clinique et croit pouvoir pousser plus loin les explications de physiopathologie cérébrale. L'étude anatomo-clinique des cas typiques pourrait apporter de précieux renseignements sur la fonction des ganglions gris centraux et le cortex en rapport avec les troubles sensoriels et cœnesthésiques.

P. CARRETTE.

Deux cas de folie à deux combinée (Dos parajos con locura compartida), par Wenceslao LÓPEZ-ALBO. *Archivos de Neurobiología*, T. XV, n° 1, pp. 1-34, 1935.

Dans le groupe des folies collectives, la forme clinique décrite par M. López Albo mérite son individualisation. Il faut, pour la délimiter,

commencer par dire ce qu'elle n'est pas. Ce n'est pas une folie collective et suggérée, une psychose induite, subie ou inversement imposée comme dans les folies à deux, où l'un des sujets est passif et l'autre actif, un délire simultané où chacun conserve sa personnalité et ses modes réactionnels. Dans la psychose décrite par l'auteur, des mêmes tares dégénératives et des circonstances occasionnelles partagées, favorisent une suggestion délirante bientôt constituée par appoint des 2 sujets. La collaboration contribue à la progression du délire. Le premier couple délirant paraît relever de la constitution paranoïaque ; le second de la schizophrénie. La séparation des deux malades peut désorganiser l'évolution délirante, amener la cristallisation ou une régression partielle.

P. CARRETTE.

La presbyophrénie sans fabulation (Sobre la presbiofrenia sin confabulaciones), par Gonzalo R. LAFORA. *Archivos de Neurobiología*. T. XV, n° 1, pp. 179-211, 1935.

L'affaiblissement parallèle de la mémoire et du jugement contribue, au début de l'involution sénile et de l'artério-sclérose cérébrale, à la réalisation du syndrome presbyophrénique. Les trois cas assez particuliers décrits par M. Lafora sont atypiques par la prédominance des troubles mnésiques et la conservation relative de l'auto-critique. Nous assistons à la déchéance de la mémoire par étapes chez des sujets de 52 ans, sans ictus, sans épisodes aigus. Après la désorientation, viennent la perte des souvenirs anciens, l'aphasie partielle, l'apraxie, tandis que persiste la conscience du déficit, qui constitue l'obstacle à la fabulation.

P. CARRETTE.

Un concept psychiatrique de l'intoxication alcoolique aiguë (A Psychiatric Concept of Acute Alcoholic Intoxication), par Robert FLEMING. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCII, n° 1, pp. 89-108, juillet 1935.

La symptomatologie de l'intoxication alcoolique aiguë résulterait de l'association intime de deux facteurs principaux : l'action pharmacologique de l'alcool sur plusieurs systèmes physiologiques et la réaction d'une personnalité avec sa constitution et ses composantes acquises. L'action chimique varie avec la dose, la nature et la concentration du breuvage, l'état des zones d'absorption du tractus digestif. Pour M. Fleming ces éléments déterminent l'intensité des troubles, mais n'expriment pas l'allure clinique du syndrome. A l'état chronique il existe plusieurs types psychologiques de buveurs : le coléreux, le sanguin, le flegmatique, l'euphorique, le mélancolique. Tous ces sujets sont des abouliques, à la recherche de compensations affectives libérant, dans les phases aiguës, leurs tendances dominantes : délire de persécution du paranoïaque, raptus anxieux du psychasthénique ou manie furieuse de l'hypersthénique.

P. CARRETTE.

L'encéphalite psychosique aiguë puerpérale, par L. MARCHAND, A. COURTOIS et P. SIVADON. *La Presse médicale*, n° 49, pp. 984-987, 19 juin 1935.

L'encéphalite puerpérale ne diffère pas des encéphalites aiguës primitives ou secondaires, traumatiques, infectieuses ou toxiques. Les mêmes lésions

répondent à ces conditions étiologiques diverses. Il est possible qu'elles réveillent toutes une infection endogène latente. Il faut donc admettre que c'est la réaction du terrain qui importe surtout. Les auteurs disent encore que peut-être ne s'agit-il ni de virus, ni de poisons, mais d'un déséquilibre profond des humeurs. C'est la forme la plus redoutable des complications puerpérales et la mort survient dans 90 % des cas. Il existe des variétés moins aiguës, qui paraissent heureusement influencées par les traitements généraux anti-infectieux. Les interventions locales ont peu d'influence sur l'évolution des troubles nerveux.

P. CARRETTE.

Psychoses avec anémie pernicieuse (Psychoses with Pernicious anemia), par Karl M. BOWMAN. 91^e Meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, Washington, 13-17 mai 1935 in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCII, n° 2, pp. 371-396, septembre 1935.

L'association des troubles mentaux à l'anémie pernicieuse, souvent décrite et commentée par de récents observateurs, se présente dans des conditions si variables qu'aucune systématisation n'est possible. M. Bowman rappelle que dans un certain nombre de cas, les signes neurologiques apparaissent d'abord au cours d'états organiques complexes, dans les syndromes artério-scléreux. Le diagnostic d'anémie pernicieuse est posé tardivement, secondairement. Dans d'autres cas d'anémie, soumis avec succès au traitement hépatique, la psychose paraît évoluer indépendamment, sans caractères spécifiques. Syndrome catatonique, excitation avec troubles sensoriels, dépression avec anxiété sont observés et pourraient être imputés avec autant de raisons à des troubles toxi-infectieux, à des lésions dégénératives ou à une prédisposition psychopathique établie par l'étude des antécédents personnels et familiaux.

P. CARRETTE.

Troubles du comportement post-encéphalitiques (Post-Encephalitic Behavior Disorders), par Earl D. BOND et Lauren H. SMITH. 91^e Meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, Washington, 13-17 mai 1935 in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCII, n° 1, pp. 17-33, juillet 1935.

Les auteurs exposent les résultats du traitement de jeunes sujets, arriérés et pervers, à la suite de l'infection encéphalitique épidémique, observés ces dix dernières années à la Franklin School du Pennsylvania Hospital. Toutes les ressources thérapeutiques sont mises en œuvre, de la diététique au travail et à la rééducation psychothérapique. Dans les cas simples, la proportion de réintégrations est considérable. Les formes rebelles sont liées à une évolution tenace du processus infectieux, attestée par l'éclosion de syndromes neurologiques, du parkinsonisme notamment, ou à de mauvaises conditions héréditaires : alcoolisme paternel, arriération maternelle, délinquance familiale habituelle.

P. CARRETTE.

Contribution à la clinique et à la pathophysiologie des « psychoses exogènes », par M. D. S. SVETLOV (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, n° 4-5, 1935, pp. 52-56).

Parmi les réactions communes aux psychoses exogènes, dont l'intérêt a été souligné par Bonhoeffer, l'auteur distingue deux groupes : dans le premier, il existe un état confusionnel onirique avec hallucinations, mais tout le tableau porte un caractère diffus. Dans l'autre groupe, les troubles sont plus concentrés autour d'un noyau qui révèle un conflit ayant servi de traumatisme psychique. Dans le premier cas, l'auteur admet une inhibition lente de l'écorce cérébrale, avec excitation motrice générale et incoordonnée. Dans l'autre groupe, après une réaction exogène bruyante, s'installe un état contraire avec mutisme, catalepsie et catatonie. En conclusion, l'auteur discute les problèmes que posent les réactions exogènes observées au cours des psychoses maniaco-dépressives ainsi que leur thérapeutique.

FRIBOURG-BLANC.

Des troubles somatiques dans les psychoses endogènes et de leur valeur au point de vue du diagnostic différentiel (Zur Frage der körperlichen Störungen der endogenen Psychosen und ihrer Verwertbarkeit in differentialdiagnostischer Hinsicht), par Ch. ROGGENBAU. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 92, fasc. 5, 1936.

Les recherches de l'auteur sont basées sur la constatation des fortes variations du poids, dans les psychoses. Elles ont porté sur les variations du poids dans des conditions d'alimentation déterminées, sur la sécrétion gastrique, le métabolisme basal, hydro-carboné, graisseux, accessoirement sur la cholestérinémie, l'acétonémie, les électrolytes, les fonctions endocrines. Les résultats sont caractérisés par une grande labilité : fortes différences entre des sujets soumis aux mêmes conditions d'examen, fortes variations chez un même sujet soumis à la même épreuve à intervalles rapprochés. Mais ces troubles ont été constatés aussi fréquemment dans les psychoses maniaques et dépressives, que dans les psychoses schizophréniques, leur constatation n'est d'aucune utilité pour le diagnostic différentiel.

E. BAUER.

Quelques aspects physiques des maladies mentales (Some Physical Aspects of Mental Disease), par Gregory ZILBOORG. *New-York State Journal of Medicine*, T. XXXV, n° 14, 15 juillet 1935.

Le traitement de certains symptômes physiques : inertie digestive, troubles circulatoires fonctionnels, modifications des éliminations urinaires, algies diverses, insuffisance génitale, présente un intérêt capital dans la cure des psycho-névroses. La recherche d'un syndrome somatique lié à l'évolution de tel état psychopathique — généralement protéiforme — est moins utile que l'étude spéciale d'un symptôme déterminé dont le développement alimente les manifestations d'angoisse, d'états schizophréniques ou hystériques. M. Zilboorg montre l'influence bienfaisante de la disparition de certains troubles sur l'évolution du syndrome mental.

P. CARRETTE.

La psychiatrie infantile comme spécialité médicale et notre Journal de Psychiatrie infantile (Die Kinderpsychiatrie als medizinisches Sondergebiet und unsere Zeitschrift für Kinderpsychiatrie), par M. TRAMER (de Soleure). *Journal de Psychiatrie infantile*, 1, 1, 1934, chez B. Schwabe édit., Bâle.

Dans cet article, préambule au premier fascicule du *Journal de Psychiatrie infantile* dont il est le rédacteur en chef et dont il a été le promoteur, l'auteur développe les arguments qui plaident en faveur de l'élévation au rang d'une spécialité autonome, de la psychiatrie infantile. Ces arguments sont d'ordre méthodologique, clinique, pronostic et thérapeutique. Un trait distinctif essentiel de la psychiatrie infantile par rapport à la psychiatrie de l'adulte, est représenté par le facteur temps, c'est-à-dire l'âge de la vie, dont l'importance est capitale chez l'enfant. La psychiatrie infantile doit étudier l'enfant comme un tout, avec ses personnalités somatique, somato-fonctionnelle et psychique ; elle doit s'inspirer d'une conception dynamique et biologique, au sens de la doctrine humanobiologique de von Monakow.

E. BAUER.

Le dessin comme témoin du développement mental, par J. WINTSCH (de Lausanne). *Journal de Psychiatrie infantile*, 11, 2 et 3, 1935.

Le dessin enfantin, qui met en jeu à la fois l'intelligence concrète ou active et l'intelligence abstraite ou explicative, représente un excellent test de développement des fonctions psychiques. Les renseignements obtenus d'après la méthode de Schuyten (dessins de figures statiques) sont conformes avec ceux que donnent les tests de Binet-Simon, qu'ils complètent utilement. Le test de Fay (dessin de scènes, c'est-à-dire de choses dynamiques), qui peut être appliqué chez les enfants de 7 ans au moins, permet de pénétrer davantage encore le psychisme infantile. L'auteur a pu l'étalonner sur environ 500 enfants des écoles primaires de Lausanne, âgés de 7 à 15 ans. Il décrit les types de dessin correspondant aux différents âges, ainsi que les productions d'un certain nombre d'oligophrènes. L'exposé est appuyé par de nombreuses illustrations : reproductions de dessins d'enfants normaux et arriérés, reproductions de dessins marquant les progrès chez un même enfant, essais de barème, etc.

E. BAUER.

Du rapport chronologique entre la puberté physique et la puberté psychique (Ueber die zeitliche Beziehung körperlicher und seelischer Reifung), par M. TRAMER. *Journal de Psychiatrie infantile*, 1, 6, 1935, chez B. Schwabe édit., Bâle.

Le parallélisme est loin d'être complet entre la puberté physique et la puberté psychique. D'autre part, la puberté physique se subdivise de nouveau en puberté somatique générale et en puberté sexuelle, et la puberté psychique en puberté intellectuelle et puberté du caractère. Toutes ces quatre parties composantes de la puberté s'accomplissent dans une certaine indépendance. Jusqu'à une certaine limite, les écarts chronologiques sont compatibles avec l'état normal ; au delà d'elle, ils sont du domaine pathologique. La comparaison avec l'âge de la vie du degré de développement des différents éléments de la puberté aboutit à une formule qu'il est intéressant

de rechercher dans l'examen psychiatrique des adolescents et qui contribue à la compréhension des troubles du comportement. L'auteur donne quelques exemples saisissants montrant les écarts entre les différentes pubertés chez des adolescents anormaux.

E. BAUER.

Le dépistage précoce des oligophrènes, par I. WINTSCH (de Lausanne). *Journal de Psychiatrie infantile*, I, 3, 1934, chez B. Schwabe édit., Bâle.

De même que les premières manifestations motrices de l'enfant venant de naître s'expliquent facilement comme des réactions réflexes et obéissent à toutes les lois de la réflexivité, de même il est aisé d'appliquer aux manifestations ultérieures du nourrisson et du jeune enfant, à celles notamment qui marquent les progrès du développement fonctionnel, la théorie des réflexes conditionnels. Une étude de l'enfant, inspirée par cette conception, est susceptible d'apporter d'importantes contributions à la connaissance de la symptomatologie infantile ; elle permet la mise au point d'un barème de comportement, plus précis que les tests de développement usuels, et rendant possible le dépistage très précoce des déficiences psychiques.

E. BAUER.

De la structure du corps et du caractère dans l'épilepsie symptomatique chez les enfants, et les adolescents (Ueber Koerperbau und Charakter bei symptomatischer Epilepsie im Kindes- und im Jugendalter), par H. GOLDBLADT et M. FLEJER, de Tomsk. *Journal de Psychiatrie infantile*, II, 3, 1935.

Les auteurs ont examiné aux points de vue morphologique et caractérologique 25 jeunes sujets atteints d'épilepsies symptomatiques (6 cas d'épilepsie jacksonienne, 9 cas d'épilepsie hérédosyphilitique, 10 cas de syndrome de Koshewnikow). Ils ont constaté la prédominance des types athlétique et dysplastique et la fréquence relative des troubles du caractère épileptoïdes. Leurs constatations sont en accord avec celles de Kreyenberg et de Schretzmann, et appuient l'opinion selon laquelle des facteurs constitutionnels interviennent pour une part importante, dans la genèse des épilepsies symptomatiques.

E. BAUER.

Contribution à la biologie de l'énurésie (Zur Biologie der Enuresis), par H. CHRISTOFFEL, de Bâle. *Journal de Psychiatrie infantile*, I, 1-4, 1934.

Des constatations cliniques multiples plaident en faveur du rôle prédominant des facteurs psychogènes dans la détermination de l'énurésie des enfants. L'étude de la psychophysiologie du nourrisson, des phénomènes qui accompagnent la miction et notamment qui accompagnent l'évolution vers la propreté, apportent d'intéressants renseignements sur l'importance des facteurs instinctifs et affectifs. D'autres sont fournis par les études de psychophysiologie animale, par les études ethnologiques et folkloristiques. Mais la clinique montre également la grande complexité de cette psychogénèse. L'énurésie a des rapports étroits avec la sexualité infantile. C'est notamment sous l'angle du complexe symptomatique de l'urophilie et de l'uropolémie qu'il y a lieu d'approfondir la question.

E. BAUER.

Contribution à la psychopathologie de l'encoprésie (Zur Psychopathologie der Enkopresis), par E. GLANZMANN (de Berne). *Journal de Psychiatrie infantile*, I, 3, 1934, chez B. Schwabe, Bâle.

La défécation involontaire chez des enfants exempts de lésions centrales a été peu étudiée. L'auteur ne partage pas l'opinion de Marfan, qui admet le rôle de l'hérédosyphilis dans un grand nombre de cas. Il rapporte quelques observations dans lesquelles une névrose infantile paraît avoir été l'origine du trouble : névrose de bouderie, névrose à contenu d'obsessions sexuelles anales, névroses anxieuses dont une déclanchée par un traumatisme anal-sexuel. La guérison fut obtenue par une action psychothérapique appropriée, dans presque tous les cas.

E. BAUER.

Contribution au diagnostic de la syphilis héréditaire en neuropsychiatrie infantile (Zur Diagnostik der hereditären Lues in der Neuropsychiatrie des Kindesalters), par E. STERN. *Journal de Psychiatrie infantile*, II, 1, 1935.

Dans cette étude, faite à la Clinique de Neuropsychiatrie infantile de Paris, l'auteur montre l'importance des stigmates physiques, notamment des stigmates multiples, pour le diagnostic de l'hérédosyphilis chez l'enfant. Il s'agit évidemment d'un diagnostic de probabilité, mais qui suffit à justifier l'institution du traitement spécifique.

E. BAUER.

Les phénomènes psychiques résiduels chez les enfants après lésions traumatiques de la tête, par G. SSOUHAREVA et D. EINHORN (de Moscou). *Journal de Psychiatrie infantile*, I, 6 et II, 1, 1935.

Cette étude synthétique et analytique sur 30 observations de séquelles de traumatismes crâniens chez des enfants (3 entre 1 an 1/2 et 5 ans, 27 entre 7 et 11 ans) constitue une belle contribution à la connaissance des séquelles traumatiques. Dans celles-ci interviennent les facteurs de gravité suivants : la gravité de l'accident (commotion et contusion cérébrales), — l'âge (le pronostic est particulièrement sévère chez l'enfant très jeune, entre 1 et 3 ans, tandis que l'enfant plus âgé résiste mieux que l'adulte), — des facteurs psychiques exogènes : facteurs émotionnels et facteurs de milieu, — des facteurs psychiques endogènes : constitution, personnalité psychique avant le traumatisme, prédispositions psychopathiques latentes. Les auteurs soulignent cette complexité de la structure des séquelles post-traumatiques, complexité dont la méconnaissance est à l'origine des fortes divergences d'opinion entre les auteurs.

Les séquelles traumatiques légères : céphalées, vertiges, excitabilité cérébrale, etc., disparaissent toujours rapidement. Quant aux séquelles graves, persistantes, elles se présentent sous trois aspects différents : 1) diminution de la capacité de travail intellectuel (démence traumatique et syndrome encéphalo-asthénique de Krish) ; 2) troubles de l'affectivité et du caractère semblables parfois à ceux de l'encéphalite épidémique ; 3) les accès épileptiques (3 cas sur les 30 observés).

E. BAUER.

A propos de l'héboïdophrénie, par M. EMMA. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, février 1936.

Important travail accompagné d'une très riche bibliographie. L'auteur cite des observations personnelles et montre l'importance primordiale des troubles affectifs, lesquels dépendent, soit de la schizophrénie vraie, soit d'une psychose nettement autonome. Il montre l'importance et la difficulté de différencier de tels sujets de ceux présentant seulement des troubles du sens moral et du caractère.

Paul ABÉLY.

La part de l'hérédité dans l'apparition de la démence précoce, par A. RODIET et S. QUÉRON. *Le Progrès médical*, n° 45, pp. 1789-1790, 9 novembre 1935.

La recherche des antécédents dans la démence précoce a démontré aux auteurs l'importance capitale des tares héréditaires. Les troubles physiologiques et les chocs moraux n'agiraient que sur un terrain préparé.

P. CARRETTE.

Traumatisme et démence précoce (Traumatismo y demencia precoz), par Mariano FONTANA. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva* ; n° 8, pp. 109-115, juin 1935.

Dans le groupe confus des démences précoces et de la schizophrénie, les maîtres des différentes écoles cherchent à établir des catégories. Les théories de Kræpelin, de Bleuler, de Claude ont été divulguées par l'école argentine qui, à son tour, par la voix de ses représentants les plus autorisés, — MM. Ameghino, Nerio Rojas, Gonzalo Bosch, — a formulé ses conceptions. M. Fontana expose un cas de démence précoce survenue à la suite de traumatismes cranio-cérébraux chez un sujet antérieurement normal et conclut que le premier travail de simplification, de clarification du problème doit consister en une séparation nette de deux catégories de faits : d'une part, les psychopathies primitives conditionnées par une dégénérescence constitutionnelle, c'est la schizophrénie ; d'autre part, les psychopathies secondaires déterminées par des altérations organiques de causes internes ou externes, c'est la démence précoce proprement dite.

P. CARRETTE.

Les poussées évolutives de la démence précoce et les délires des dégénérés de Magnan, par G. HEUYER et DUBLINEAU. *Le Progrès médical*, n° 23, pp. 989-994, 8 juin 1935.

Un nombre considérable de démences précoces évoluent par poussées successives coupées de périodes de rémission. Magnan observait chez les dégénérés des accès délirants polymorphes aboutissant à un état d'affaiblissement intellectuel. Dans l'intervalle des périodes délirantes, l'intégrité psychique n'était pas restituée ; un déficit progressif s'installait, qui incite MM. Heuyer et Dublineau à classer ces formes délirantes atypiques dans le cadre des démences précoces évoluant par poussées successives avec rémissions intercalaires prolongées.

P. CARRETTE.

Délimitation actuelle du groupe des schizophrénies (Delimitación actual del grupo de las esquizofrenias), par E. IRAZOQUI VILLALONGA. *Revista Médica de Barcelona*, T. XXIV, n° 140, pp. 115-130, août 1935.

Les deux formes de démence précoce de Morel, stupidité et délire chronique, se sont développées pour aboutir à la conception krapelinienne. Le noyau schizophrénique est plus compréhensif dans ses applications cliniques et, pour M. Irazoqui Villalonga, il constitue la base de quatre groupes nosologiques : a) les schizophrénies conditionnées en totalité par un facteur génotypique ; b) une disposition héréditaire associée à un facteur exogène ; c) des psychoses exogènes mobilisant des éléments partiels génotypiques ; d) les schizophrénies sans éléments constitutionnels schizophréniques. Il apparaît aussi dans les paraphrénies, les psychoses paranoïaques, les névroses obsessionnelles, les délires d'involution envisagés du point de vue des schizophrénies symptomatiques. L'évolution peut conduire aux syndromes de démence précoce comme les états schizophréniques primitifs ou autonomes.

P. CARRETTE.

Signification psychopathologique de la schizophrénie, par J. DUBLINEAU. *L'Évolution psychiatrique* : fasc. IV, pp. 33-80, 1935.

L'insuffisance des notions biologiques nettement établies ne permet pas de poser actuellement le problème des rapports de la démence précoce avec la schizophrénie. Il faudrait opérer au préalable une synthèse de l'une et de l'autre. Du point de vue psychopathologique la notion de dissociation reste discutée, et non pas seulement dans les cas limites. Du point de vue nosologique, aucun fait nouveau ne permet d'aller au delà des notions classiques qui séparent les états démentiels du type hétérophrénocatatonique et les délires chroniques d'une part, les états passionnels, paraphréniques et paranoïdes d'autre part. La manie et la mélancolie tendent à perdre leur valeur d'entités. Elles apparaissent surtout comme des formes d'états affectifs, dont le type délirant se rattache aux paraphrénies ou aux troubles paranoïdes. M. Dublneau réunit sous le nom d'hétérophrénoses, trois groupes de syndromes démentiels, confusionnels et dissociatifs. Leurs types cliniques ne sont peut-être que des artifices utiles au classement dépendant seulement de l'âge, du terrain. L'hétérophrénocatatonie réalisant la formule-type dont il conviendrait de préciser les conditions biologiques avant tout autre essai de synthèse.

P. CARRETTE.

Contribution à la clinique et à la psychologie de la paralysie générale juvénile (Zur Klinik und Psychologie der juvenilen Paralyse), par M. GROTH. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 92, 6 et 93, 1, 1936.

L'auteur dégage les caractéristiques cliniques intéressantes de l'observation de 57 cas de paralysie générale juvénile. Le tableau clinique est dominé par la démence, des formes délirantes sont rencontrées parfois ; les manifestations anxieuses et phobiques sont d'une grande fréquence. Au point de vue neurologique, il y a lieu d'insister sur la fréquence par-

ticulière des accidents épileptiformes et sur celle des signes de spasticité ; les pupilles sont souvent en mydriase extrême. La neurosyphilis est fréquente chez les parents ; le plus souvent il s'agit de syphilis cérébrale, moins souvent de paralysie générale, plus rarement de tabès. Un cas de paralysie générale juvénile familiale chez le frère et la sœur est rapporté et considéré comme unique (nous en avons rapporté un exemple, en 1935).

La partie la plus intéressante du travail est celle qui se rapporte aux résultats de l'impaludation, qui fut pratiquée dans 55 cas. L'auteur insiste sur les rémissions tout à fait remarquables, obtenues parfois après une évolution déjà de longue durée, de la maladie, et cette constatation l'amène à des considérations sur le caractère fonctionnel, psychogène d'une partie des troubles psychiques. Qu'il s'agisse de certains signes déficitaires, de troubles du comportement, de manifestations dépressives ou au contraire de l'euphorie, ils s'expliquent comme un mode de réaction au processus pathologique, comme une réaction du « Krankheitserlebnis ». Il en résulte la grande réversibilité de ces troubles, leur disparition rapide parfois au cours même de la pyrétothérapie. Le nombre des résultats favorables a été de 18, certains malades ont pu faire un apprentissage professionnel, certains se sont mariés et ont eu des enfants sains. Il convient en outre d'observer que la malarithérapie est très bien supportée par les enfants et adolescents.

E. BAUER.

L'hallucinoze dans la paralysie générale progressive (Sobre la alucinosis en la parálisis general progresiva), par E. INAZOQUI. *Revista Médica de Barcelona*, n° 135, pp. 213-218, mars 1935.

L'étude des délires secondaires à la pyrétothérapie de la paralysie générale a renouvelé la question des troubles sensoriels de la méningo-encéphalite chronique. Le domaine clinique s'est étendu, mais la pathogénie n'en est pas simplifiée. On a trouvé des points de comparaison plus nombreux avec d'autres syndromes psychopathiques. On a distingué des formes anxieuses, hypocondriaques, paranoïdes et schizophréniques. Le point de vue des prédominances lésionnelles n'a guère progressé. Les uns considèrent le syndrome hallucinatoire comme un épisode de rémission. Les autres parlent de psychose toxique. Certains pensent à une complication imputable au traitement lui-même. Enfin, de nombreux auteurs attirent l'attention sur le terrain psychopathique et l'éclosion d'accidents dont la syphilis cérébrale avait transitoirement dissimulé le caractère constitutionnel.

P. CARRETTE.

Renseignements statistiques sur la paralysie générale progressive (Datos estadísticos sobre parálisis general progresiva), par B. RODRÍGUEZ-ARIAS et Carlos RODRÍGUEZ-CUEVILLAS. *Revista Médica de Barcelona*, n° 135, pp. 229-241, mars 1935.

Les statistiques récentes consacrent-elles le triomphe de la prophylaxie et des thérapeutiques nouvelles ? Trente années de recherches sont résumées par les auteurs. Le nombre des aliénés admis à l'hôpital (San Baudilio de Llobregat, Catalogne) croît chaque année et celui des paralytiques égale-

ment, de sorte que la proportion se maintient et que la mortalité représente encore 13,4 % du total et cependant depuis plusieurs années on applique des traitements efficaces, les rémissions passent de 3,5 ou 10 % suivant les auteurs à 56 %. Il est encore trop tôt pour juger l'évolution de la syphilis contemporaine, pour constater que ses complications nerveuses subissent une régression ou que leur nombre augmente parallèlement avec leurs chances de guérison.

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

Les troubles sympathiques au cours de l'hémiatrophie faciale, par André THOMAS. *La Presse Médicale*, n° 68, pp. 1339-1340, 24 août 1935.

A côté des atrophies faciales symptomatiques il existe une forme dite essentielle parce que nous en ignorons la cause. M. André-Thomas estime que si les constatations cliniques permettent d'affirmer fréquemment la réalité de troubles sympathiques, il n'est pas démontré qu'il s'agisse d'une lésion primitive. Ces troubles peuvent être interprétés comme la conséquence du désordre local.

P. CARRETTE.

Les spasmes vasculaires en neurologie, par M. RISER. *Le Progrès Médical*, n° 20, pp. 818-830, 18 mai 1935.

L'apparition de phénomènes brusques : parésies, amaurose, migraine, épilepsie, cédant rapidement et spontanément sans séquelles, évoque une cause unique, le spasme vasculaire. A côté de cas vérifiables, il en est de nombreux où le trouble vaso-moteur apparaît comme une hypothèse commode mais invérifiable. M. Riser fait observer que le meilleur moyen de vérification est l'expérimentation des agents sympathico-mimétiques. Leur action est évidente sur les syndromes périphériques ; l'adrénaline et l'excitation du ganglion cervical supérieur agissent fugacement sur l'artère centrale de la rétine ; quant aux artères cérébrales, elles ne subissent que très faiblement l'effet des agents pharmacodynamiques.

P. CARRETTE.

Les états spasmodiques ou hypertoniques du releveur de la paupière supérieure dans les lésions cérébrales en foyer, par Henri SCHAEFFER. *La Presse médicale*, n° 72, pp. 1393-1396, 7 septembre 1935.

Dans les lésions du système nerveux, la synergie des mouvements des globes oculaires et des paupières peut être troublée. Si l'association de spasme du releveur à la paralysie de verticalité du regard est expliquée par des lésions localisées, le spasme isolé du releveur reste difficile à interpréter. M. Schaeffer suppose que dans ce dernier cas, la lésion — unilatérale — intéresse les nombreuses voies d'association de la région sous-thalamique.

P. CARRETTE.

Un réflexe nouveau de la lèvre supérieure de la zone réflexogène ubiquitaire, par M. L. STERLING et Mme I. KIPMAN (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XII, n° 42 du 14 septembre 1935).

Chez une femme atteinte d'hémiplégie organique, les auteurs constatent l'existence d'un réflexe inaccoutumé de la lèvre supérieure : il consiste en une contraction de la lèvre supérieure, se produisant à la moindre excitation des téguments externes. La lèvre supérieure se contracte, de nombreuses rides se creusent et toute la lèvre s'allonge en forme de gouttière. Les auteurs soulignent le caractère ubiquitaire de la zone réflexogène. Par sa nature, c'est un réflexe indirect dû à la participation du neurone intercalaire caractéristique des syndromes paralytiques du type supra-nucléaire.

FRIBOURG-BLANC.

Ventriculo-, Encéphalo- et Myélographies avec le thorotrast (Ventriculo, Encefalo e Myelographias com o Thorotrast), par Cassio M. VILLAÇA. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*, T. I, n° 3, pp. 323-335, avril-juin 1935.

L'exploration des centres nerveux par l'introduction de substances opaques aux rayons lumineux permet, chaque jour, d'affirmer des diagnostics hésitants. Le thorotrast a aujourd'hui la faveur de nombreux techniciens. M. Villaça l'injecte directement dans le ventricule. Il utilise également le procédé par contraste qui rend opaque le liquide méningé. Les accidents toxiques ou mécaniques qui ont été rapportés commandent la prudence. Pour limiter les risques il faut réduire l'injection au minimum, en localisant les investigations par une radioscopie préparatoire.

P. CARRETTE.

Association de syphilis nerveuse et d'infection nerveuse à virus filtrant, par H. GOUGEROT. *La Presse médicale*, n° 86, pp. 1679-1680, 26 octobre 1935.

Au cours de la syphilis nerveuse des infections à virus filtrant, peuvent être réveillées par l'arsénothérapie, par l'inoculation de la malaria. D'autres cas montrent à la suite d'infections un réveil d'hérédosyphilis. Si la syphilis nerveuse s'associe avec l'encéphalite épidémique, le point de vue thérapeutique importe peu, mais s'il s'agit de poliomyélite, le diagnostic est utile parce qu'il peut commander l'emploi du sérum de convalescent.

P. CARRETTE.

Corps étranger intracérébral (Cuerpo extraño intracerebral), par Francisco SALAMERO et José UNIA MARINÉ. *Revista Médica de Barcelona*, T. XXIV, n° 139, pp. 29-32, juillet 1935.

Les plaies du cerveau par projectile ne doivent pas être traitées par l'exploration chirurgicale systématique. Les auteurs du présent mémoire reconnaissent la nécessité de l'intervention dans les cas d'abcès, de syndromes neurologiques de localisation, d'épilepsie. Ils conseillent au contraire la surveillance simple pour les cas où le projectile est bien toléré. L'extirpation systématique engendre parfois des complications sérieuses et même mortelles. La thérapeutique conservatrice doit laisser le sujet dans l'igno-

rance de sa véritable situation. La révélation des faits entraînant fréquemment un état d'hypocondrie chronique et des tendances aux interprétations délirantes.

P. CARRETTE.

Rapports fonctionnels entre le corps calleux et le cortex cérébral, par F. MAYRI. *Rassegna di studi psichiatrici*, décembre 1935.

L'auteur, après un bref exposé anatomique, traite des relations entre le cortex et le corps calleux ; il arrive aux conclusions suivantes : le fonctionnement de cet organe peut être divisé : 1° en une partie verbale située dans le tiers antérieur ; 2° une partie praxique située dans le tiers médian ; 3° une partie sensorielle située dans le tiers postérieur. Il pense que les fibres réunissant les régions destinées aux fonctions intellectuelles occupent le corps calleux dans toutes ses parties. Il en voit la preuve dans le fait que dans les tumeurs du corps calleux, quel que soit le siège de la tumeur, les fonctions intellectuelles sont atteintes.

Paul ABÉLY.

Un cas d'hydrocéphalie exsudative ventriculaire, consécutive à un traumatisme, par M. Z. SIENKOWSKI (*Medycyna*, n° 4 du 21 février 1936, pp. 101-107).

L'auteur rapporte l'observation d'un cas d'hydrocéphalie ventriculaire, consécutive à une méningite aseptique due à des hémorragies traumatiques sous-arachnoïdiennes et peut-être encéphaliques. Sienkowski souligne, dans l'évolution de la maladie, des crises fébriles se reproduisant régulièrement tous les deux ou trois jours et coïncidant avec les aggravations physiques et psychiques du malade. Ces crises ont pu être enrayées par la répétition d'insufflations d'air, faites à la période précédant les crises d'aggravation.

FRIBOURG-BLANC.

Kyste hydatique intra-dural (Quiste hidatidico intradural), par BRANDON CARAFFA et R. PUCHETA MORCILLO. *Revista médica*, n° 8, pp. 648-660, Cordoba, août 1935.

Les hydatides dures primitives sont très rares. La dure-mère est à peu près invulnérable et la seule origine possible de la forme intra-durale est la voie sanguine. La forme épidurale est généralement secondaire à une atteinte vertébrale. Les lésions primitives des parties molles seraient loin d'être aussi fréquentes qu'on l'admet classiquement.

P. CARRETTE.

Les aspects neurologiques de l'irido-parotidite (The Neurological Aspects of Uveo-Parotid Fever), par Paul M. LEVIN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXI, n° 2, pp. 176-191, février 1935.

On décrit sous le nom de fièvre uvéo-parotidienne subaiguë de Heerfordt un syndrome caractérisé par l'inflammation parotidienne et salivaire doubles, l'irido-cyclite, la parésie faciale et acoustique, la polydipsie avec polyu-

rie. Pour M. Levin, l'affection est d'origine tuberculeuse et doit être distinguée des oreillons par ses manifestations oculaires primaires et l'absence de complications endocriniennes. L'évolution est lente et favorable, malgré quelques séquelles oculaires. Il est probable que les lésions nerveuses intéressent passagèrement, outre les nerfs craniens, certaines régions du tronc cérébral et les méninges.

P. CARRETTE.

Le sinus carotidien dans le mécanisme de la myasthénie pseudo-paralytique, par Albert SALMON. *Revue Neurologique*, T. LXIII, n° 6, pp. 838-844, juin 1935.

La myasthénie pseudo-paralytique du type Erb-Goldflam est une affection dont la pathogénie est liée aux anomalies fonctionnelles du bulbe et des capsules surrénales. Cette pathogénie double prend un sens logique et clair si on fait intervenir un organe intermédiaire dont l'activité est sous la dépendance étroite des deux systèmes mis en cause : le sinus carotidien, renflement situé à l'origine de la carotide interne, riche en éléments nerveux en relations fonctionnelles avec les noyaux bulbaires et transmettant des excitations variables sous des influences mécaniques et pharmacodynamiques étudiées par Hering et d'autres expérimentateurs. Son hypotonie, se répercutant sur les noyaux du tronc cérébral, serait d'après M. Salmon, favorisée dans la myasthénie par l'insuffisance surrénale et l'hypotension artérielle.

P. CARRETTE.

Contributions à l'étude physio-pathologique des hémorragies cérébrales, par D. PAULIAN et I. BISTRICEANO. *La Presse médicale*, n° 47, pp. 951-953, 12 juin 1935.

Les auteurs publient l'étude anatomo-clinique de deux cas d'hémorragie cérébrale survenue chez des hypertendus avec sclérose cardio-rénale. Les ruptures vasculaires de petits rameaux artériels sont mises en évidence par des examens sériés. MM. Paulian et Bistriceano croient qu'il en est ainsi dans la majorité des cas et sans nier la possibilité d'accidents hémorragiques liés à un processus érythro-diapédétique, — théorie soutenue par les auteurs allemands, — ils ne lui reconnaissent pas de rôle essentiel dans la production des accidents massifs.

P. CARRETTE.

Le syndrome de l'artère cérébelleuse supérieure et de ses branches (The Syndrome of the Superior Cerebellar Artery and its Branches), par Charles DAVISON, S. Philip GOODHART et Nathan SAVITSKY. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIII, n° 6, pp. 1143-1174, juin 1935.

Les syndromes artériels cérébelleux sont aussi rarement décrits en clinique neurologique que les syndromes cérébraux sont fréquents et précis dans leur topographie. La cause n'est pas une plus grande résistance des artères ; cette rareté résulte de la richesse du réseau anastomotique du cervelet, de l'absence d'artères terminales, des variations dans la distribution et le nombre des collatérales et enfin dans l'association et l'intrication du

complexe symptomatique avec celui du cerveau et du tronc cérébral également lésés dans la majorité des cas.

La présente étude réunit neuf cas d'obstruction de l'artère cérébelleuse supérieure destinée aux lobes et au bras conjonctival. Les symptômes présentés sont surtout sensitifs. On note l'hémianalgésie et l'hémithermoesthésie électivement ; ces signes sont contralatéraux. Les tremblements et les mouvements involontaires sont inconstants (1/3 des cas). L'extension de la nécrose entraîne des troubles moteurs des extrémités, du trijumeau, de la 6^e et de la 7^e paire.

P. CARRETTE.

Maladie de Friedreich chez trois frères, par L. BALLIF, I. LUNEVSKI et C. URZICA. *Bulletin de la Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*, XVI^e année, n° 1, pp. 51-55, 1935.

La maladie de Friedreich est plus remarquable par son caractère familial et sa systématisation pathogénique que par son unité syndromique. Les trois cas présents observés chez des frères montrent d'importantes dérogations aux descriptions classiques : douleurs initiales du premier cas, absence de signe de Babinski, de scoliose, légère réaction de dégénérescence des muscles, métabolisme basal augmenté dans les deux premiers cas.

P. CARRETTE.

A propos d'une observation d'hémiplégie organique au cours de la grossesse (Sobre una observacion de hemiplejia orgánica en el embarazo), par Julio BAZÁN et Francisco A. URANGA IMAZ. *La Semana Médica*, n° 2155, pp. 1287-1289, 2 mai 1935.

Toutes les causes habituelles de l'hémiplégie peuvent être invoquées dans la grossesse, mais celle-ci ajoute-t-elle des facteurs étiologiques nouveaux ? Si on admet l'embolie à l'origine des cas observés, il faut reconnaître que la grossesse par l'hydrémie, l'auto-intoxication, les stases, jouent un rôle emboligène, surtout quand la syphilis est surajoutée.

P. CARRETTE.

Aspects neurologiques de l'épidémie d'encéphalite de Saint-Louis (Neurologic Aspects of the Epidemic of Encephalitis in Saint-Louis), par J. William BECKMANN. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIII, n° 4, pp. 732-751, avril 1935.

L'épidémie américaine de 1933 a fourni pendant les mois d'été plus de 1.000 cas d'encéphalite observés à Saint-Louis. Ils étaient caractérisés par des céphalées, des myalgies, de la rigidité, de l'hyperréflexivité profonde, du tremblement, des troubles sphinctériens, des localisations crâniennes et pyramidales, des troubles du caractère, des signes sensoriels, de la confusion mentale. Certaines formes, — comateuses, léthargiques — rappelaient l'encéphalite épidémique, mais les recherches de laboratoire ne permettent pas de pousser plus loin le rapprochement et font croire que le virus de l'épidémie de Saint-Louis diffère non seulement de la maladie de von Economo, mais aussi des épidémies qui réapparaissent au Japon chaque année depuis 1924.

P. CARRETTE.

Encéphalomyélite disséminée consécutive à une névrite ascendante (Encephalo-Myelitis Disseminata Following Ascending Neuritis), par Ross H. THOMPSON. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXI, n° 4, pp. 373-387, avril 1935.

Une névrite ascendante suit à quelques jours d'intervalle une infection purulente du doigt et se propage à la moelle d'abord, puis à tout l'axe cérébro-spinal. Le cas pose le problème des voies de transmission des infections cutanées au système nerveux. Celle des nerfs périphériques est ici démontrée avec une évidence expérimentale. C'est par les espaces lymphatiques des gaines périneurales que s'établit la communication avec les espaces sous-arachnoïdiens.

P. CARRETTE.

Angiomatose de l'encéphale et de la région du trijumeau avec calcifications intra-craniennes et épilepsie (syndrome vasculaire encéphalo-trigéminal) (Angiomatosis encephali et regionis trigemini mit intrakraniellen Verkalkungen und Epilepsie (das vaskuläre encephalo-trigeminale Syndrom). par E. H. SCHIOETZ. *Acta psychiatrica et neurologica*, X, 4, 1935, Copenhague.

Un homme de 44 ans, épileptique depuis l'âge de 1 an 1/2, et porteur d'un nævus volumineux occupant le territoire de la branche ophtalmique du trijumeau droit, présente à la radiographie du crâne des ombres calcaires multiples correspondant au lobe occipital droit. C'est un exemple du syndrome décrit cliniquement par Sturge, au point de vue anatomo-pathologique par Kalischer, et au point de vue radiologique par Parkes Weber, caractérisé par l'association de nævus vasculaires du territoire du trijumeau, de télangiectasie des vaisseaux pie-mériens, de glio-angiomatose du cerveau, d'épilepsie et de débilité mentale. Les auteurs, à l'aide de 88 autres observations trouvées dans la littérature, font une étude critique du syndrome et établissent sa parenté avec la neurofibromatose et la sclérose tubéreuse, d'accord notamment avec Iakovlev et Guthrie.

E. BAUER.

La dystrophie osseuse de Morquio dans le cadre des hyperlaxités familiales, par Gaston GIRAUD et Jean-Marie BERT. *Revue Neurologique*. T. LXIII, n° 6, pp. 845-856, juin 1935.

Morquio a décrit en 1929 une dystrophie caractérisée par une hyperlaxité articulaire et ligamentaire que MM. Giraud et Bert observent chez deux frères. Ils proposent de décrire sous le nom de dystrophies locomotrices familiales avec hyperlaxité ligamentaire des syndromes voisins de la maladie de Morquio et comprenant : l'hyperlaxité avec fragilité osseuse de Lobstein et de van den Hoeve, la dystrophie dermo-ligamentaire, syndrome d'Ehlers-Danlos et la dystrophie myo-ligamentaire, maladie d'Oppenheim. Ces maladies familiales sont toutes des dysplasies congénitales d'origine mésodermique et se différencient embryologiquement des affections ectodermiques réunies par M. L. van Bogaert, comprenant l'angiomatose, la sclérose tubéreuse, la neuro-fibromatose.

P. CARRETTE.

Formations tégangiectasiques méningées avec processus angiomateux intramédullaires, par G. MARINESCO et State DRAGANESCO. *Revue Neurologique*, T. LXIII, n° 6, pp. 809-827, juin 1935.

Parmi les syndromes cliniques de compression médullaire, un chapitre spécial doit être réservé aux malformations vasculaires que la présence de nœvi tégumentaires peut faire soupçonner et qui s'accompagnent de xanthochromie céphalo-rachidienne avec syndrome de Froin-Nonne. Le cas de MM. Marinesco et Draganesco est une intéressante association myélo-méningée. Il permet quelques considérations générales sur les divers processus vasculaires, que l'on divise en deux groupes : les *tégangiectasies* à localisation surtout leptoméningée et les *formations angiomateuses*, angiomes veineux représentant, non seulement une anomalie, mais une altération active, néoformation pariétale et capillaire et hémangioblastomes, véritables tumeurs développées aux dépens du syncytium angioblastique.

P. CARRETTE.

Forme rare d'arachnoïdite spinale. Amyotrophie du membre inférieur gauche (Forma rara de aracnoiditis espinal. Amiotrofia del miembro inferior izquierdo), par Carlos BRANDON CARAFFA et Manuel J. PEIROTTI. *Revista médica*, n° 8, pp. 661-667, Cordoba, août 1935.

Les syndromes moteurs consécutifs aux arachnoïdites spinales sont rares. Les auteurs montrent que cette rareté s'explique par la disposition anatomique des méninges. Des lamelles fibreuses forment une cloison verticale unissant latéralement le feuillet pariétal à la pie-mère et déterminant un cloisonnement laissant un espace beaucoup plus large en arrière qu'en avant. C'est dans la loge postérieure, où coule largement le liquide céphalo-rachidien, que se développe de préférence le processus inflammatoire kystique ou diffus, donnant un syndrome à prédominance sensitive.

P. CARRETTE.

Du diagnostic de l'obstruction du sac méningé médullaire sur la constatation du signe douloureux cervical, par M. L. JABUREK (*Polska Gazeta Lekarska*, T. XIV, n° 49 du 8 décembre 1935, pp. 885-888).

M. Jaburek rappelle son travail antérieur (*Polska Gazeta Lekarska*, n° 44, 1934) au sujet du signe cervical douloureux compressif, qui consiste à déterminer, par une compression modérée exercée sur les veines du cou, une douleur radiculaire immédiate dans la zone correspondant à la localisation médullaire de la lésion. L'auteur souligne la valeur de certitude qu'offre ce signe dans les cas d'obstruction du sac méningé. Il est particulièrement net dans les tumeurs facilement mobiles extra-médullaires ou radiculaires de la queue de cheval. Il peut apparaître en deux phases, ce qui prouve que le blocage du sac méningé est avancé mais incomplet. La disparition du signe au cours de l'évolution de la maladie est d'un pronostic défavorable, car il indique la diminution de la mobilité de la tumeur, liée soit à l'augmentation du volume de cette tumeur, soit au fait qu'elle se trouve enclavée dans la lumière du canal. L'absence du signe n'affirme pas la perméabilité du sac médullaire et surtout n'exclut pas la possibilité de l'existence d'une tumeur.

FRIBOURG-BLANC.

Les traumatismes de la colonne vertébrale et les lésions du système nerveux, par Maximilien BIRÓ (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XIII, n° 3 du 16 janvier 1936, pp. 41-44 et n° 4 du 23 janvier 1936, pp. 61-64).

L'auteur s'attache à l'étude des traumatismes de la colonne vertébrale au point de vue de la neuro-chirurgie. Il traite de la fréquence des diverses variétés de traumatismes de la colonne vertébrale suivant les régions et relate les observations des cas s'écartant des types le plus souvent observés, au point de vue chirurgical. Le but du travail poursuivi par l'auteur est de déterminer le rapport des lésions nerveuses avec le traumatisme, de préciser la symptomatologie des troubles observés et leurs lésions anatomiques. Cette étude permet à l'auteur de formuler de nombreuses considérations d'ordre clinique.

FRIBOURG-BLANC.

Myélite transverse ascendante (*Myelitis transversa ascendens*), par E. BEHR et J. WITTE. *Acta psychiatrica et neurologica*, X, 4, 1935, Copenhague.

Les auteurs rapportent deux observations cliniques avec examen anatomopathologique de myélite transverse ascendante, chez un garçon de 12 ans et un homme de 37 ans. L'étiologie infectieuse est démontrée par l'aspect des lésions. Malgré les ressemblances cliniques et anatomopathologiques parfois très grandes, la myélite transverse ascendante doit être séparée, au point de vue nosologique, des formes névritiques et poliomyélitiques de la maladie de Landry.

E. BAUER.

Sclérose en plaques chez deux frères avec autopsies, par Mogens ELLERMAN. *Revue neurologique*, T. LXIV, n° 5, pp. 668-678, novembre 1935.

Les cas héréditaires de sclérose en plaques surviennent généralement chez des frères et sœurs, plus rarement chez des descendants. Le petit nombre d'observations incontestables appuierait plutôt l'hypothèse d'une étiologie exclusivement exogène. Seule la multiplication des cas, en particulier ceux de jumeaux, permettrait de résoudre le problème étiologique.

P. CARRETTE.

A propos du diagnostic du tabes fruste, par Jacques DECOURT et Maurice COSTE. *La Presse médicale*, n° 66, pp. 1669-1672, 26 octobre 1935.

Les limites cliniques du tabès sont encore aujourd'hui contestées malgré le nombre et l'importance des travaux consacrés à sa symptomatologie. Aucun signe n'a une valeur pathognomonique. En présence de troubles frustes d'allure tabétique, la preuve de la syphilis n'étant pas établie, il faudra penser au spina bifida occulta ou à la sacralisation de la 5^e vertèbre lombaire, malformations responsables d'aréflexies tendineuses, de troubles objectifs de la sensibilité, d'amyotrophies, de maux perforants plantaires.

P. CARRETTE.

Polyarthropathie tabétique (Tabes poliartropatico), par Carlos BRANDON CARAFFA et Manuel J. PEIROTTI. *Revista médica*, n° 8, pp. 628-639, Cordoba (Argentine), août 1935.

Les arthrites vertébrales associées à d'autres dégénérescences articulaires se présentent ici sous une forme particulièrement sévère. La théorie trophique des classiques, les théories vasculaire et sympathique paraissent insuffisantes aux auteurs qui croient à un véritable processus inflammatoire local, au développement de syphilomes dont le caractère spécial est imputable au terrain tabétique.

P. CARRETTE.

Tabes et perturbations neuro-végétatives paroxystiques. A propos des crises laryngées et de certaines crises vaso-motrices de l'extrémité céphalique, par J.-A. CHAVANY et S. DAUM. *La Presse médicale*, n° 78, pp. 1505-1508, 28 septembre 1935.

Le tabès est certes une maladie méningo-médullaire, mais son syndrome déborde largement le cadre d'une affection du système nerveux central. Les signes de lésions périphériques sont nombreux et variés et certains dépendent nettement de troubles sympathiques; tels les crises laryngées, l'hyper-réflexivité précoce suivie d'inertie évolutive, phénomènes congestifs bientôt remplacés par l'insuffisance circulatoire et les troubles trophiques. Cette aréflexie neuro-végétative des tables avancées expliquerait la rareté de l'artério-sclérose souvent signalée par les auteurs.

P. CARRETTE.

Les neuromyérites épidémiques aiguës et subaiguës observées au Brésil, par A. AUSTREGESILLO et A. BORGES FORTES. *Revue neurologique*, T. LXIII, n° 3, pp. 353-390, septembre 1935.

Les infections nerveuses de caractère épidémique observées pendant deux ans par le professeur Austregesilo et son collaborateur M. Borges Fortes, se présentent en clinique sous les formes suivantes: polynévrite évolutive avec rémissions, névrite totale aiguë et fébrile avec réaction méningée, type paralytique de Landry grave et mortel, paralysie de Landry à forme sévère mais guérissable, neuromyérite aiguë avec localisation spinale terminale. Le début est toujours celui d'une infection générale et d'évolution peut-être fatale, sans qu'un type clinique soit caractéristique d'une évolution déterminée. La complication bulbaire peut survenir dans tous les cas. Les lésions dégénératives et inflammatoires ont été décelées. L'agent pathogène n'a pu être reconnu. Les auteurs affirment la contagion possible de ces manifestations, dues à des virus filtrants dont les propriétés sont distinctes de ceux de l'encéphalite épidémique et de la maladie de Heine-Médis.

P. CARRETTE.

Neuromyérite aiguë d'Austregesilo (Neuromielite aguda de Austregesilo), par Paulo PINTO PUPO. *São Paulo Medico*, T. 2, n° 1, pp. 41-48, juillet 1935.

Dans le groupe des toxi-infections à virus neurotrope les syndromes aigus à développement centrifuge se présentent sous des aspects variés dont le diagnostic est souvent difficile à préciser. On les a désignés sous les noms d'ataxie aiguë, de neuromyérite, parfois identifiés au syndrome de Landry. Observés au cours de la paralysie générale ils doivent être distingués des

accidents vasculaires aigus, des méningites et des radiculo-névrites spécifiques. Le cas de M. Pinto Pupo est rapporté comme une illustration du syndrome décrit par le professeur Austregesilo et considéré comme une toxoinfection ascendante, d'abord névritique, puis très rapidement spinale terminée par des accidents bulbares.

P. CARRETTE.

Polynévrite sensitivo-motrice arsénicale et syphilitique. Diagnostic différentiel (Polineuritis sensitivomotriz arsenical y sífilítica. Diagnóstico diferencial), par W. LÓPEZ ALBO. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*. T. XXXVIII, n° 16, pp. 551-554, 30 août 1935.

La polynévrite de la syphilis secondaire est bien connue. Elle revêt généralement la forme sensitive bénigne et doit être différenciée de la névrite toxique du type sensitivo-moteur. Celle-ci est due, pour le cas de M. López Albo, à l'intolérance au novarsénobenzol chez un syphilitique prédisposé par l'alcoolisme.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

Contribution à la notion de la responsabilité chez les adolescents et chez les enfants (Zum Begriff der Zurechnungsfähigkeit bei jugendlichen und Kindern), par I. LUTZ, de Zurich. *Journal de Psychiatrie infantile*, I, 4, 1934, chez B. Schwabe édit., Bâle.

On peut parfaitement parler de responsabilité chez l'enfant, du moins en se plaçant à un point de vue purement théorique. Elle dépend des notions d'autorité et d'exemple, c'est-à-dire de facteurs d'éducation et de milieu, qui constituent les armes essentielles de l'enfant contre les tendances criminelles, et qui avec les progrès de la maturation psychique sont supplantées par le jugement et le libre arbitre. Leur développement plus ou moins complet permet de distinguer différents degrés de la responsabilité infantile : entière, atténuée, nulle, tout comme chez l'adulte, mais en se plaçant à un point de vue différent.

E. BAUER.

Étude psycho-pathologique et criminologique à propos de l'enfance maltraitée, par M. SCHÄCHTER, de Bucarest. *Journal de Psychiatrie infantile*, II, 2, 1935.

L'auteur expose les nombreux aspects du problème des sévices contre enfants, qu'il comprend au sens élargi des sévices physiques et moraux. Il l'envisage aux points de vue des auteurs et des victimes ; ces dernières sont souvent des enfants atteints de tares pathologiques précisément génératrices des fautes pour lesquelles on les punit abusivement : troubles post-encéphaliques et post-traumatiques, débilité, etc. Il soulève également le problème du témoignage des enfants ; l'examen psychologique et psychiatrique approfondi est indispensable chez chaque enfant qui se plaint d'être maltraité. Les punitions abusives peuvent entraîner des conséquences graves pour l'orientation et le développement psychique ultérieur de l'enfant, des troubles névrotiques peuvent en résulter, et notamment aussi des tendances criminelles.

E. BAUER.

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 10 décembre 1936*, à 9 h. 30, *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 28 décembre 1936*, 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 JANVIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 janvier 1937*, à 9 h. 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 JANVIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 janvier 1937*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, (VI^e arrondissement).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Postes vacants

un poste de Médecin-Directeur à l'Asile public départemental d'aliénés de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) ;

un poste de Médecin-Directeur à l'Asile public départemental d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, près Angers (Maine-et-Loire) ;

un poste de Médecin-directeur à l'Asile public départemental d'aliénés de Lafond, près La Rochelle (Charente-Inférieure).

Concours pour la nomination d'internes en médecine à l'asile public d'aliénés d'Aix-en-Provence

Le 30 janvier 1937, à 9 heures, sera ouvert, à l'Asile d'aliénés d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), un concours pour la nomination de deux internes en médecine. Le registre d'inscription est ouvert au Secrétariat de l'Asile, tous les jours non fériés, de 14 à 16 heures. Il sera clos le 10 janvier 1937, à 16 heures. Les internes reçoivent : le logement, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage et la nourriture, ainsi qu'un traitement annuel de 9.700 francs.

Concours pour 3 places d'interne en médecine à l'asile public autonome d'aliénées de Bordeaux

Un concours sera ouvert le 22 décembre 1936 à la faculté de Bordeaux pour la nomination de trois internes titulaires en médecine à l'asile public autonome d'aliénées de Château-Picon. Pour tous renseignements s'adresser au directeur de l'asile.

ASSISTANCE

La fondation Rockefeller et la médecine mentale

Pendant l'année 1935, la fondation Rockefeller a donné aux Etats-Unis un total d'environ 190.000.000 francs pour les recherches et études du domaine de la psychiatrie. Ces sommes ont été réparties entre l'Institut de Psychanalyse de Chicago, l'Ecole de l'Université Johns-Hopkins, l'Institut de l'hôpital de Pensylvanie, l'Ecole de Médecine Harvard de l'hôpital général du Massachusetts, l'Ecole de Médecine du Michigan, l'Ecole de Médecine et l'Université du Colorado. Des subsides ont été également accordés par la fondation au Comité national d'hygiène mentale de New-York, à la Commission de la Caroline du Nord et à la Section des maladies mentales du Massachusetts.

(*Le Siècle Médical*, 15 novembre 1936).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Société suisse de psychiatrie

La Société Suisse de Psychiatrie a choisi comme sujet de discussion pour son assemblée de printemps 1937, qui aura lieu à Münsingen près Berne probablement vers le milieu du mois de mai, la question suivante : *Le traitement médical de la schizophrénie et plus spécialement la thérapeutique par l'insuline*. Le rapporteur sera M. le privat-dozent Dr MÜLLER, de Münsingen.

Le traitement par l'insuline rencontrant partout le plus grand intérêt, la Société Suisse de Psychiatrie s'attend à ce que de nombreux médecins suisses et étrangers annoncent des communications sur leurs propres observations. S'inscrire au plus tard jusqu'à fin janvier 1937 auprès de M. le Dr BRAUN, Secrétaire de la Société Suisse de Psychiatrie, Directeur de l'Asile suisse pour épileptiques, Zurich 8.

2^e Congrès de Neuropathologie et de Psychiatrie de l'U. R. S. S.

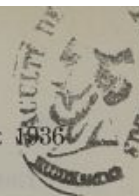
Le 2^e Congrès de neuropathologie et de psychiatrie de l'U.R.S.S. se tiendra à Moscou le 25 décembre prochain. Le programme de ce Congrès comprendra les questions suivantes :

- 1^o Schizophrénie et sa thérapeutique ;
- 2^o Tumeurs du cerveau ;
- 3^o Traumatismes du système nerveux central ;
- 4^o Organisation de l'assistance neuro-psychiatrique.

Président du Comité d'organisation : M. KROL. — Secrétariat : Institut de prophylaxie mentale, 65, place Koudrinskaïa, Moscou.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUSSLANT (personnel intéressé). — 53.277



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES TESTS DE CARACTÈRE EN NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

(2^e Mémoire)

PAR

G. HEUYER et M^{lle} COURTHIAL

Dans notre premier mémoire sur « les tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile » (1), nous avons insisté sur les inconvénients que présentent les épreuves de caractère du genre « questionnaire ». Ces épreuves ne sont applicables qu'aux enfants d'intelligence normale, à la période pubère et prépubère, c'est-à-dire à partir de 12 ans. Elles ne peuvent être utilisées avec les débiles mentaux, dont les connaissances en vocabulaire sont insuffisantes. De plus, elles offrent les défauts inhérents à ce genre de matériel ; nous connaissons ces défauts et nous ne les avons point celés. Les critiques qui leur ont été faites par les psychiatres américains leur sont réellement applicables.

(1) G. HEUYER, COURTHIAL, DUBLINEAU et NÉRON. — Voir les « tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile ». *Annales Médico-Psychologiques*, n° 2, juillet 1934.

Les modifications que nous leur avons fait subir ne sont pas des modifications de forme, mais plutôt d'interprétation. Elles changent pourtant d'une façon considérable l'application de la méthode et lui confèrent une véritable originalité. La notion des « tendances » qui permet une discrimination des réponses, une véritable sélection des enfants, est nouvelle dans l'interprétation des tests de caractère. Notre conception n'est pas théorique mais résulte de nombreux examens cliniques que nous avons pratiqués. La classification des réponses que nous avons établie se superpose aux types pathologiques les plus certainement connus en psychiatrie et sur lesquels la plupart des aliénistes sont d'accord. Cette conception des tendances pathologiques ne se superpose nullement à celle des constitutions morbides qui résulte des travaux de Dupré, de Delmas, etc... Tandis que les constitutions morbides fixées héréditairement, organisées dès la naissance, évoluant sans modification, sont des formules immuables d'un type déterminé, les tendances pathologiques du caractère, sans doute héréditaires, sont variables dans leur forme et dans leur force ; elles constituent des attitudes qui peuvent se modifier selon les conditions du milieu, selon les apports pathologiques nouveaux et selon les réactions du sujet aux circonstances extérieures. Les classifications des tendances caractérielles que nous avons admises s'adaptent sans effort au questionnaire d'origine américaine que nous avons employé. Sous les réserves que nous avons établies et auxquelles les critiques ultérieures n'ont pas apporté d'éléments nouveaux, nous pouvons dire que nos tests ont offert assez d'intérêt et assez de garanties, malgré leurs imperfections, pour que nous ne puissions plus nous en passer, dans les examens quotidiens, des enfants qui sont soumis à notre observation.

Dans le détail, il est certain que les tests sous la forme de « questionnaire » peuvent être perfectionnés. Des efforts sont faits journellement en ce sens. Nous ne ferons que mentionner les études et travaux de Thurstone, Benreuter, etc... Aucun test de caractère publié jusqu'à ce jour n'est entièrement satisfaisant. Les garanties qu'ils offrent tous ne sont pas supérieures aux nôtres. Qu'il s'agisse du test de Henning et surtout du test des taches d'encre de Rorschach, les renseignements qu'ils permettent de recueillir ne nous documentent que sur un seul côté de la personnalité et n'en présentent qu'un aspect forcément schématique. En particulier, pour le test de Rorschach, d'après les publications dont il a été l'objet et d'après notre expérience, certains étalonnages prêtent aux erreurs d'une fausse précision. Les interprétations de l'examineur leur ôtent toute objectivité.

Quant aux classifications qui en résultent, elles aboutissent souvent à des fantaisies curieuses et à la création de néologismes bizarres ou incompréhensibles.

Nous pensons qu'il est utile de poursuivre notre recherche dans le sens que nous avons indiqué et il ne nous paraît pas sans intérêt de publier, de temps à autre, les résultats que nous avons obtenus.

Nous rappelons que nous donnons au mot « caractère » une définition précise, nous le considérons comme « l'ensemble des tendances de nature affective qui dirige les réactions de l'individu aux conditions du milieu extérieur ». Nous avons admis que le critérium du caractère ainsi défini est social. Nous ne croyons pas qu'on puisse créer des examens de caractère qui permettent d'établir d'une façon certaine et simpliste, en une seule fois, et en dehors de tous autres renseignements, les tendances caractérielles du sujet. Nous pensons que, dans l'ensemble même des renseignements qui nous intéressent, afin d'aider un sujet à s'adapter au milieu social, l'examen du caractère par les méthodes scientifiques et objectives doit trouver sa place. Nous assignons à nos tests de caractère la même valeur que l'on donne aux tests de l'intelligence, qui, eux aussi, ne donnent qu'un aspect pour ainsi dire schématique des capacités intellectuelles du sujet, sans qu'on puisse dire qu'ils renseignent d'une manière absolue et totale sur son adaptation intelligente.

De plus, dans notre premier mémoire, nous avons insisté pour montrer que si nos tests présentent un aspect quantitatif et si nous exprimons nos résultats par des chiffres, ces derniers ne donnent pas toute la solution du problème. L'analyse détaillée des réponses doit être faite, les chiffres doivent être étudiés en relation les uns avec les autres et le diagnostic ne peut être établi qu'après avoir procédé à la synthèse de tous les éléments. Cela revient à dire que ces tests nécessitent, pour être compris, une certaine expérience. On nous a objecté qu'après les avoir appliqués sur cinq ou dix sujets, nos tests ne « donnaient » rien. Le contraire nous étonnerait. Les psychologues qui, pour la première fois, prennent connaissance d'un test d'intelligence, n'y comprennent pas non plus grand'chose et il faut, pour en saisir toute la signification et la portée, avoir pu comparer de nombreux résultats. Croire que n'importe qui, à n'importe quel moment, sans autre étude ou effort préalables, sans autres renseignements supplémentaires, peut juger de l'intelligence d'un enfant ou de son caractère par le seul résultat d'un chiffre, c'est croire que l'aide du laboratoire qui fait des analyses et procède à des calculs peut lui aussi, sans autre connaissance

et effort de synthèse, énoncer le diagnostic médical. Nos tests offriraient, paraît-il, le désavantage de pouvoir être « mécanisés ». Or, dès qu'on « mécanise » ce matériel, on en fausse complètement l'utilisation et il nous paraît difficile de rejeter un matériel, parce que nous ne pouvons pas empêcher les paresseux de s'en servir.

On a dit également que les épreuves du genre « questionnaire » et en particulier le test Woodworth-Mathews que nous avons modifié, contiennent des questions nombreuses qui énervent l'enfant, le rendent confus, l'embrouillent et qu'on ne peut obtenir autant de renseignements exacts dans un seul entretien avec lui. Cette objection peut avoir quelque raison d'être quand on applique le test collectivement. Là encore, les expériences antérieurement faites par l'un de nous (Mlle Courthial) ne nous ont pas permis de vérifier cette objection, et les auteurs américains qui connaissent ce test, au point de vue non seulement théorique mais pratique, ne l'ont jamais mentionnée. Quoi qu'il en soit, en ce qui nous concerne, nous avons déjà dit que nous appliquons ces tests à chaque enfant séparément. Nous soulignons nous-mêmes les réponses que nous obtenons en causant avec lui, nous y ajoutons les commentaires précieux qu'il nous fait, en transformant ainsi le test en un entretien, mais en un entretien comparable d'un enfant à l'autre et qui offre le grand avantage de pouvoir être soumis à une règle statistique. La technique de nos tests est en réalité si souple que l'on peut facilement l'adapter au cas particulier que l'on étudie.

Nous tenons aussi à souligner, et nous l'avons déjà dit, que nous ne nous servons pas de la formule du Woodworth-Mathews telle qu'elle a été établie par ces auteurs. Nous lui avons fait subir des modifications de fond et de forme. Nous avons supprimé quelques questions. Nous en avons ajouté d'autres qui nous paraissent plus caractéristiques pour l'étude de l'affectivité du sujet et pour le classement des réponses dans les diverses rubriques.

En ce qui concerne la classification que nous avons adoptée pour procéder à l'analyse quantitative et qualitative de nos résultats, celle que nous appliquons correspond à la série des types cliniques du caractère dont l'un de nous a déjà donné à maintes reprises la description psychiatrique. Cette classification ne constitue qu'une modification d'interprétation et n'apporte aucun changement au test lui-même ; elle peut être établie au goût de chaque examinateur, mais il est évident que, selon la classification adoptée, les résultats pourront paraître plus ou moins clairs quant aux tendances caractérielles que les tests de caractère nous

permettent de mettre en évidence. Il en est exactement de même pour la formule statistique qui ne modifie pas le test, mais en éclaire les résultats.

Il nous paraît que, plutôt que de s'attacher à des critiques d'ordre théorique et général, dont nous avons reconnu le bien-fondé pour quelques-unes, il serait plus profitable de procéder à des travaux d'ordre pratique qui pourraient opposer leurs résultats aux nôtres. Nous avons admis, dès le début de nos recherches, que le critère se trouve dans le dossier de l'enfant et le diagnostic clinique. Ce dossier, tel qu'il est composé à la Clinique annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile, contient une étude complète du sujet : Enquête sociale approfondie, renseignements détaillés d'ordre familial, connaissances scolaires, conduite dans la famille, à l'école et dans l'apprentissage, examen de l'intelligence avec niveau mental et profil mental, examen d'orientation professionnelle avec profil moteur, renseignements médicaux complets, examen neuro-psychiatrique ; à cette série de renseignements, viennent s'ajouter des observations quotidiennes qui sont faites sur le sujet, soit au Centre du Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence, soit au cours du placement dans divers emplois. Le dossier de l'enfant constitue donc, en lui-même, une étude détaillée du caractère par les méthodes d'enquête et d'observation. Ce n'est plus un tableau schématique qui cherche à réduire l'étude du sujet à un simple chiffre, mais une large vue d'ensemble qui ne néglige aucun aspect de la personnalité. Ce dossier est le critère dont nous nous servons pour examiner la validité du diagnostic du caractère que nos tests nous permettent de prononcer. Les renseignements qu'ils nous fournissent peuvent donc, en tout temps, être comparés à ceux que l'on obtient par la méthode de l'examen psychiatrique. Les jugements que nous pouvons porter sur nos tests ne sont pas d'ordre théorique ; ils ont une valeur d'expérience.

En dehors du questionnaire Woodworth-Mathews modifié et avant de présenter les résultats de la recherche qui fait l'objet de notre exposé, nous devons donner encore quelques explications au sujet des tests Pressey et du test de sens éthique. Nous insistons à nouveau sur les modifications que nous avons apportées au test Pressey américain : suppression de certains mots, addition de mots nouveaux, présentation du matériel dans un ordre différent. C'est ainsi que la feuille qui contient des mots parmi lesquels le sujet doit barrer ceux qui l'agacent et qui l'énervent, est présentée par nous en premier lieu, alors que dans les tests Pressey, elle passe après la feuille qui contient

des mots parmi lesquels le sujet doit barrer ceux qui représentent des actions qu'on ne doit pas faire (1). Enfin dans notre « analyse de qualité », nous avons également soumis ce matériel à une classification et à un traitement statistique différents de celui de Pressey. Cet auteur cherche surtout à déceler avec cette forme de tests les sujets qui sortent de la normale et présentent certaines anomalies dans leurs réactions affectives. Nous avons employé le test simplement pour l'étude de ces réactions affectives et pour obtenir des renseignements qui nous aident à diriger l'entretien que nous avons ensuite avec l'enfant. C'est ainsi que les mots barrés de la feuille 1 (mots qui l'ennuient, qui l'énervent) nous servent souvent d'indications pour interroger l'enfant sur des antagonismes ou des révoltes qui contribuent à sa mauvaise adaptation. D'autre part, la feuille 3 (mots qui l'intéressent) permet de se rendre compte des activités qui plaisent à l'enfant, de ses désirs de jeux, de ses ambitions de travail ; elle nous aide à trouver la voie qui paraît contribuer à une meilleure adaptation.

Enfin les réponses faites aux trois feuilles du Pressey modifié, étudiées en relation avec les autres tests, permettent des recoupements et des précisions qui nous aident à formuler le diagnostic.

Les tests qui se réfèrent au sens éthique sont parfois compris comme devant donner une indication sur l'honnêteté ou la malhonnêteté futures du sujet. Cette interprétation est entièrement fautive. Ces épreuves indiquent simplement les connaissances du sujet en ce qui concerne la morale ordinaire. Sait-il ou ne sait-il pas que le vol, le mensonge ou la tricherie ne sont pas acceptables pour quelque motif que ce soit ? C'est là tout le renseignement que nous cherchons. Etablir, comme d'aucuns voudraient le faire, un lien entre ce renseignement et la conduite du sujet, ce serait démontrer que la théorie et la pratique ne font qu'un. Cette conception ne vaut pas la peine d'être discutée. Il n'en reste pas moins intéressant dans le cas des sujets que nous étudions et auxquels nous appliquons ces tests, de connaître la clairvoyance avec laquelle ils sont capables d'envisager la sanction qu'entraîne avec lui l'acte malhonnête.

Ces explications aident à mieux comprendre, pensons-nous,

(1) Si nous précisons à nouveau les modifications que nous avons apportées aux formes des tests Woodworth Mathews, c'est que nous trouvons dans un récent article de N. POLLACK (*Bulletin de l'Institut National d'Orientalisme professionnelle*, oct.-déc. 1935) une description de ces tests qui ne distingue pas entre les différentes formes adoptées ; les critiques de cet auteur sont fort superficielles et souvent inexactes ; elles ne présentent qu'un intérêt d'information générale, sans caractère scientifique.

la portée que nous attribuons à nos tests de caractère et la manière selon laquelle nous établissons, d'après leurs résultats, un diagnostic. Etant donnée la fréquence de la concordance que nous avons pu constater entre le diagnostic qu'ils nous permettent de prononcer et celui qui résulte du dossier social et médical, il nous a paru intéressant de rechercher l'étendue de cet accord et, quand il n'existe pas, les raisons qui pourraient expliquer le désaccord.

Nous avons examiné les dossiers de 114 enfants vus du 1^{er} novembre 1934 au 30 janvier 1935. Dès le relevé des cas, il nous a semblé que le manque d'accord entre les diagnostics du caractère d'après les tests et l'examen psychiatrique peut être attribué aux causes suivantes : débilité mentale, histoire sociale et diagnostic psychiatrique montrant des tendances à la vanité ou à la dissimulation et à la réticence. Nous avons recherché combien de fois ces différentes causes d'erreurs apparaissent dans tous les cas étudiés, que les diagnostics aient été ou n'aient pas été d'accord, et nous avons établi le tableau ci-joint. Dans la première colonne nous indiquons le numéro d'ordre ; dans la seconde colonne se trouve la date à laquelle le diagnostic final a été fait. La troisième colonne porte les initiales des sujets et la quatrième indique l'âge. La cinquième colonne contient le diagnostic d'après les tests de caractère et la sixième le diagnostic psychiatrique. Enfin la dernière colonne des lettres et signes signifie ce qui suit :

+	Les deux examens sont d'accord ;
—	les examens ne sont pas d'accord ;
S	l'histoire sociale et l'examen psychiatrique signalent des tendances à la dissimulation, à la réticence, au manque de sincérité, à la mystification.
D	débilité mentale ;
V	l'histoire sociale et l'examen psychiatrique signalent des tendances à la vanité, au désir de paraître ;
?	accord douteux.

Ces lettres et signes se réfèrent toujours au diagnostic psychiatrique, c'est-à-dire à celui qui est fait d'après la méthode d'enquête, d'observation et d'examen direct que nous avons exposé. Certains de ces diagnostics signalent à la fois de la débilité mentale et des tendances à la vanité. Nous avons toujours considéré la débilité mentale comme l'élément dominant et nous n'avons relevé qu'elle dans la colonne appropriée.

Il est également nécessaire de souligner que les colonnes inti-

tulées « diagnostic d'après les tests de caractère » et « diagnostic psychiatrique » ne donnent qu'un résumé très succinct de ces diagnostics. Nous ne pouvions pas porter sur un tableau de ce genre tous les détails des examens et les raisons de leur conclusion. Nous n'avons mentionné que cette dernière en conservant juste l'essentiel et nous avons supprimé tout ce qui ne se rapportait pas spécialement aux buts de cette étude : analyses détaillées des réponses et statistiques pour les tests de caractère, analyses des causes de la mauvaise adaptation, niveau mental, profil des tests moteurs et traitement à appliquer selon le diagnostic psychiatrique. Le tableau que nous reproduisons ne donne qu'un schéma très raccourci sur lequel nous avons établi nos comparaisons uniquement pour des buts statistiques.

D'après le tableau ci-contre, nous pouvons relever les chiffres suivants :

	Nombre	Débilité mentale	Tendances à la vanité	Tendances à la dissimulation mystification	Total
Les deux examens sont d'accord....	70	6	7	4	87
Les deux examens ne sont pas d'accord..	6	10	1	8	25
Accord douteux.....	2	—	—	—	2
TOTAL.....	78	16	8	12	114

Nous voyons que sur 114 cas, les deux diagnostics ont été d'accord 87 fois, ce qui représente 76,32 0/0 des cas, soit un peu plus des 3/4. Il nous paraît que ce chiffre justifie entièrement l'utilisation que nous faisons des tests de caractère et leur application dans la pratique journalière de notre consultation. D'autre part, en considérant les 25 cas pour lesquels il n'y a pas eu accord entre les deux méthodes d'examen, nous découvrons 10 cas, ou 40 0/0, de débiles mentaux ; or, nous avons dit, dès le début, que nos tests ne sont pas applicables aux débiles. Si des enfants présentant de la débilité mentale ont été examinés, c'est que les niveaux mentaux n'avaient pas encore été établis et que ces enfants, sachant suffisamment lire et comprendre un texte écrit, avaient été testés par nous et, à tout hasard, inclus dans notre statistique.

La rubrique « tendance à la vanité » montre que sur 8 enfants pour lesquels cette tendance a été signalée, les diagnostics ont été d'accord dans 7 cas, soit la presque totalité des enfants. Il semble donc que cette tendance n'influe pas sur les réponses du

sujet et que les tests de caractère n'incitent pas ce genre d'enfant à la hâblerie ou au manque de sincérité. Par contre, il est fort intéressant de remarquer que la rubrique « tendance à la dissimulation, à la réticence, à la mythomanie, à la mystification » donne des chiffres analogues à ceux de la rubrique « débilité mentale ». L'examen psychiatrique reconnaît cette tendance à 12 enfants. Sur ce nombre, 4 seulement ont donné aux tests de caractère des résultats d'accord avec l'enquête et le diagnostic médical, et 8, sur 66 0/0, ont donné des résultats qui ne concordent pas. Si nous étudions ces cas d'un peu près, nous remarquons que la dissimulation a toujours pour effet de faire paraître ces enfants mieux adaptés qu'ils ne le sont en réalité.

En définitive, nous pouvons conclure qu'en dehors des enfants débiles mentaux et de ceux qui montrent des tendances à la dissimulation et à la mythomanie, nos tests de caractère nous permettent d'obtenir des renseignements qui concordent avec l'analyse psychiatrique et l'étude détaillée des cas : ils peuvent par conséquent rendre des services précieux dans le dépistage des tendances de caractère.

Nous devons insister sur l'usage qui doit être fait des tests de caractère et plus particulièrement des épreuves dont nous nous servons. Nous avons déjà dit que ces épreuves ne sont pas destinées à renseigner sur des traits de caractère particuliers, mais, selon la définition que nous avons donnée du caractère à plusieurs reprises, sur les tendances affectives des sujets examinés. Nous cherchons à savoir dans quelle mesure l'enfant que nous étudions est capable de s'adapter à la vie sociale et si l'ensemble de son caractère présente un équilibre suffisant, ou si des mesures spéciales d'éducation doivent être prises. Les réponses fournies par l'enfant ne permettent pas une description analytique et pour ainsi dire dynamique de la personnalité, description qui semble relever davantage des méthodes de la psychanalyse que de la psychologie appliquée. Mais elles indiquent d'une manière nette et — comme nos chiffres le démontrent — avec validité, les troubles qui existent dans l'équilibre des tendances ; elles permettent de déceler les sujets qui ne possèdent pas cet équilibre et elles les désignent à l'attention de l'éducateur et du psychiatre.

Nous pensons que nos tests et l'interprétation que nous en donnons constituent dans ce sens un instrument de travail fort utile dans toutes les études qui relèvent de la biotypologie et dans les recherches qui tendent à la connaissance caractérielle des sujets ainsi qu'à la différenciation des groupes.

N ^o	D'ORDRE	DATE DE L'EXAMEN	INITIALES DE L'ENFANT	AGE	DIAGNOSTICS D'APRÈS LES TESTS DU CARACTÈRE	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSE-MENT
1...		2-11-34	R. P.	17,3	Mal équilibré. Tendances instables et schizoïdes. Impulsivité.	Pas de troubles graves du caractère. Garde une certaine émotivité. Vue mauvaise qui gêne l'adaptation. Suggestibilité. Entraînement facile. Quelque instabilité. Mendicité. Abandon moral. Discernement juste suffisant. Hostile. Émotivité. Tendances paranoïaques. Boudeur. Peu de bonne volonté. Jaloux. Tendance à la révolte.	-
2...		2-11-34	C. L.	15,6	Émotivité. Hypocondrie. Instabilité. Quelque peu puéril, rancunier.	Légère débilité intellectuelle. Grosse arriération scolaire. Troubles graves du caractère. Hypocondrie.	+
3...		6-11-34	D. M.	16	Tendances hypocondriaques et schizoïdes. Peut être coléreux.	Hypocondriaque, schizoïde. Susceptible. Reactions d'opposition contre tous les milieux où il doit vivre. Velléités de travail jamais réalisées. Grand psychopathe.	+
4...		7-11-34	C. R.	19	Grand déséquilibre de caractère. Sur-tout tendances paranoïaques. Orgueilleux.	Instabilité. Indolence. Indifférent à son sort. Amoralité. Vol, dissimulation. Moralité sexuelle suspecte. Coléreux.	+
5...		9-11-34	D. J.	15	Tendances instables et impulsives.	Grande instabilité. Fugues à répétitions. Vol de bicyclette. Mensonge. Fable en marche. Tendances malignes. Calomnie.	+
6...		16-11-34	C. R.	14,6	Nombreuses réponses significatives. Instabilité. Élément d'hostilité égo-centrique.		+

N° d'ordre	DATE DE L'EXAMEN	INITIALES DE L'ENFANT	AGE	DIAGNOSTICS D'APRÈS LES TESTS DU CARACTÈRE	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSE-MENT
7 ..	16-11-34	C. L.	15,6	Déséquilibre. Tendances schizoïdes, paranoïaques et instables.	Réaction d'opposition à forme paranoïa-que et schizoïde. Paresse. Indiscipline. Tendances à la révolte et à la fugue. Réverie. Reste puéril et suggestible. Pronostic médiocre. Dissimulé. Menson-ges. Sournois. Tendances perverses et malignes.	+
8 ..	17-11-34	P. A.	15,6	Peu de personnalité. Caractère suffi-samment équilibré. Légère instabilité.	Emotivité. Paraît assez bien équilibré, mais dissimulation, réticences et déné-gations. Morphologie féminine.	- S
9 ..	26-11-34	T. R.	14,6	Pas de troubles graves. Quelque hypo-condrie.	Pas de troubles graves. Instabilité psycho-motrice légère. Troubles de l'attention. Instabilité. Impulsivité. Brutalité. Début d'alcoolisme chronique. Fugues.	+ S
10 ..	30-11-34	C. G.	15,6	Tendances peu marquées, mais un peu instable.	Instabilité. Quelques tendances perverses. Vagabondage et homosexualité d'ordre épisodique et utilitaire. Pas de troubles graves.	+
11 ..	30-11-34	R. A.	20,6	Caractère violent, vaniteux. Peu d'émo-tivité.	Emotivité nette. Rêveur imaginaire. Vanité et bouderie. Tendances paranoïaques.	+
12 ..	30-11-34	D. A.	15,6	Assez bien équilibré. Un peu instable. Bonne adaptation probable.	Tendances perverses. Dissimulation. Réti-cences. Vol utilitaire à répétitions. Reste un peu puéril.	+
13 ..	1-12-34	M. J.	15	Mal équilibré. Instabilité. Tendances hypocondriaques et paranoïaques ; hostilité égocentrique.		+ V
14 ..	7-12-34	A. M.	14,6	Tendances peu marquées. Quelque émotivité et hypocondrie. Moralité confuse.		- S

N ^o	DATE de l'EXAMEN	INITIALES DE l'ENFANT	AGE	DIAGNOSTICS D'APRÈS LES TESTS DU CARACTÈRE	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSE- MENT
15 ..	7-12-34	S. E.	13	Emotivité. Impulsivité. Tendances hypocondriaques. Adaptation peut être difficile.	Débilité mentale légère. Paresse, passivité, inertie. Préoccupations sexuelles. Masturbation. Suggestibilité. Indifférence. Se plaint de sa santé.	+
16 ..	8-12-34	G. M.	12	Emotivité. Instabilité. Tendances paranoïaques et impulsives.	Instabilité. Turbulence. Emotivité.	+
17 ..	13-12-34	F. E.	15,6	Déséquilibre, surtout émotivité et instabilité; Tendances schizoïdes assez marquées. Impulsivité.	Emotivité. Sentiment d'une infériorité intellectuelle et physique. Quelques réactions violentes. Petits vols. Reste craintif et suggestible.	+
18 ..	15-12-34	M. J.	15	Instable et impulsif.	Troubles épileptoïdes du caractère. Instabilité, impulsivité, violences.	+
19 ..	22-12-34	D. J.	14	Réponses significatives peu nombreuses. Tâche mal comprise.	Instable. Batailleur. Indiscipliné. Emotif et intimidable. Débilité.	-
20 ..	28-12-34	C. P.	15	Légers éléments d'hostilité égocentrique. Quelque instabilité. Mais le sujet a-t-il été sincère ?	Débilité intellectuelle. Mensonges. Paresse. Quelques tendances paranoïaques.	+
21 ..	28-12-34	A. G.	14	Tendances peu marquées. Hypocondrie. Peu d'intérêts.	Débilité. Tendances dépressives. Dissimulation. Vols. Etat surtout social.	+
22 ..	31-12-34	F. B.	11	Excès d'émotivité et un peu de déséquilibre. Tendances paranoïaques et émotives nombreuses.	Instabilité. Impulsivité. Réactions vives au milieu. Hostilité.	+

N°	D'ORDRE	DATE DE L'EXAMEN	INITIALES DE L'ENFANT	AGE	DIAGNOSTICS D'APRÈS LES TESTS DU CARACTÈRE	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSÉMENT
23	..	4-1-35	P. L.	15,6	Emotivité, instabilité, tendances paranoïaques. Nécessité d'un bon encadrement.	Instabilité. Impulsivité. Tendances à la dissimulation. Vagabondage. Vols et mensonges.	+ S
24	..	4-1-35	B. H.		Instable, vaniteux, moralité confuse. Tendances hostiles.	Indiscipliné, impulsif, très suggestible. Quelques vols. Quelques tendances paranoïaques. Opposition sociale.	+
25	..	4-1-35	J. R.	14	Tendances paranoïaques. Eléments d'hostilité égocentrique. Instabilité.	Instabilité. Dissipation. Indiscipline. Fugues. Répondeur. Opposition. Tendances paranoïaques.	+
26	..	5-1-35	R. A.	17,6	Tendances hypochondriaques et schizoïdes. Eléments d'hostilité égocentrique. Moralité confuse.	Pas de troubles graves, légère instabilité.	-
27	..	11-1-35	C. G.	15,6	Manque de sincérité. Tendances anti-sociales. Moralité douteuse.	Vols prémédités. Fugues, mensonge et paresse. Moralité très peu solide. Retenances. Assez bon comportement en dehors de la famille.	+
28	..	14-1-35	C. R.	18,6	Tendances émotives. Hyponcondrie. Instabilité. Puérilité.	Légère débilité mentale. Suggestibilité. Enfant maladroit, doux, social, émotif.	+ D
29	..	14-1-35	C. E.	16,6	Caractère mal équilibré. Tendances instables et impulsives.	Instabilité. Fugues, vagabondages, vols. Signes neurologiques d'instabilité et d'émotivité. Impulsivité.	+
30	..	14-1-35	R. A.	18,6	Attitude anti-sociale. Puérilité.	Emotivité et impulsivité. Tendances per-verses.	+

N ^o D'ORDRE	DATE DE L'EXAMEN	INITIALES DE L'ENFANT	AGE	DIAGNOSTICS D'APRÈS LES TESTS DU CARACTÈRE	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSE-MENT
31 ..	18-1-35	B.M.	14,6	Caractère mal équilibré. Impulsivité. Emotivité. Tendances paranoïaques. Pas de tendance extrême. Peu d'affectivité. Vie émotive restreinte.	Bonne conduite au patronage. Adaptation semble devoir être bonne.	-
32 ..	18-1-35	D.A.	15,6	Tempérament quelque peu hypocondriaque. Rêveur, instable, peu actif. Bon équilibre. Quelques tendances paranoïaques. Légère instabilité.	Instabilité. Moralité peu solide. Cambriolage en bande. Tatonage. Indifférence Insincérité. Habitudes de vols. Tendances perverses.	+
33 ..	19-1-35	A.G.	17,6		Emotivité. Suggestibilité. Vagabondage par entraînement. Pas de troubles graves.	-S
34 ..	19-1-35	R.A.	17		Débilité mentale. Suggestibilité et impulsivité. Emotivité. Moralité peu solide. Moralité peu solide. Pas de perversion.	+
35 ..	25-1-35	T.A.	14	Tendances impulsives et hypocondriaques. Moralité fort confuse.		D
36 ..	25-1-35	H.E.	15,6	Vanité Manque de sincérité. Caractère mal défini. Adaptation sociale médiocre.		+
37 ..	1-2-35	D.G.	15,6	Tendances schizoïdes et paranoïaques. Déséquilibre du caractère. Grande instabilité.	Tendances impulsives et instables. Irritabilité. Vanité. Goût de l'indépendance. Mauvais esprit. Brutalité.	V
38 ..	1-2-35	D.G.	12,6	Emotivité. Tendances hypocondriaques. Instabilité.	Emotivité. Instabilité. Puérilité.	+
39 ..	4-2-35	L.P.	14,6	Caractère mal équilibré. Très instable. Tendances impulsives.	Apathie. Intelligence médiocre. Indolence. Paresse. Instabilité. Fugues. Mensonges. Impulsions coléreuses.	+
40 ..	8-2-35	C.R.	15	Tendances instables et paranoïaques.	Instabilité. Dispositions paranoïaques. Bouderie. Rancune. Colère.	+

N° d'ordre	DATE DE L'EXAMEN	INITIALES DE L'ENFANT	AGE	DIAGNOSTICS D'APRÈS LES TESTS DU CARACTÈRE	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSEMENT
41 ..	8-2-35	C. J.	14	Instabilité.	Instabilité. Fugues. Vols.	+
42 ..	10-2-35	N. F.	15,6	Personnalité peu formée. Instabilité. Suggestibilité.	Instabilité. Amoralité. Vols à répétitions. Inaffectivité. Brutalité. Tendances perverses. Très mauvais milieu familial. Réactions contradictoires.	
43 ..	12-2-35	G. J.	17,6	Caractère assez bien équilibré malgré quelques tendances instables.	Apathie. Paresse. Moralité peu solide. Complexes d'infériorité. Hâblerie. Mauvais état physique.	+
44 ..	15-2-35	L. R.	17	Impulsivité. Colères. Tendances paranoïaques. Peu de stabilité.	Dissimulation. Réticences. Fugues et nombreux vols. Colères. Prétentions. Tendances perverses.	+
45 ..	15-2-35	B. L.	14	Tendances instables et anti-sociales. Caractère mal équilibré. Moralité douteuse.	Mensonges. Dispositions paranoïaques et instables.	
46 ..	18-2-35	A. A.	18	Instabilité. Peu émotif.	Instabilité. Suggestibilité.	+
47 ..	20-2-35	P. C.	14,6	Tendances schizoïdes et paranoïaques.	Pas de troubles de caractère mais débilité mentale.	
48 ..	22-2-35	P. G.	11	Tendances hypocondriaques et psychasthéniques. Craintif. Émotif.	Émotivité. Colère. Menaces de suicide. Tendances à la rêverie. Vie imaginative très riche.	+
49 ..	26-2-35	D. R.	14	Réponses significatives sont nombreuses. Instabilité. Émotivité. Bonne adaptation semble possible.	Instabilité. Fugues à répétitions. Mensonges et petits vols qui paraissent de peu d'importance. Impulsions. Conflit familial probable.	+

N ^o	D'ORDRE	DATE DE L'EXAMEN	INITIALES DE L'ENFANT	AGE	DIAGNOSTIC D'APRÈS LES TESTS DU CARACTÈRE	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSÉMENT
50 ..		1-3-35	R.E.	13,6	Impulsivité. Quelques tendances hypochondriaques. Vanité. Nombreux éléments d'hostilité égocentrique.	Paranoïaque excité et pervers. Fugues. Mauvais esprit. Très dur avec ses camarades.	+
51 ..		1-3-35	C.A.	14,6	Tendances paranoïaques. Instabilité. Impulsivité.	Instabilité. Paranoïaque. Supporte mal la discipline familiale.	+
52 ..		1-3-35	G.G.	15	Mal adapté. Instabilité. Tendances paranoïaques. Emotivité. Moralité confuse.	Instabilité. Dispositions paranoïaques. Tendances perverses, Grossièreté. Brutalité. Indifférence et hostilité.	+
53 ..		5-3-35	D.A.	16	Tendances instables et perverses. Ne peut s'adapter que très surveillé.	Instabilité. Tendances perverses. Vols depuis l'âge de 7 ans. Dissimulation. Mensonge. Fugues. Fond de dépression et de tristesse.	+
54 ..		8-3-35	B.A.	17	Caractère peu formé. Tendances puériles. Pas de déséquilibre sérieux.	Pas de déséquilibre caractéristique. Mauvais milieu familial. Débilité intellectuelle. Puérilité et suggestibilité.	+
55 ..		8-3-35	C.M.	14,6	Tendances impulsives. Nombreux complexes d'hostilité égocentrique.	Intelligence médiocre. Instabilité. Indiscipline. Tendances paranoïaques. Entêtement.	+
56 ..		8-3-35	M.H.	17,6	Surtout instabilité, tendances paranoïaques. Emotivité.	Instabilité. Nombreuses fugues. Moralité peu solide. Caractère hostile. Dispositions paranoïaques. Garde une certaine émotivité.	+

N°	D'ORDRE	DATE DE L'EXAMEN	INITIALES DE L'ENFANT	AGE	DIAGNOSTICS D'APRÈS LES TESTS DU CARACTÈRE	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSE-MENT
57	..	15-3-35	D.A.	17	Hypocondrie. Instabilité. Tendances instables dans l'ensemble peu marquées. N'a peut-être pas bien compris la tâche. Suggestible.	Suggestibilité. Récidives du vol à type de jouissance. Tatouages. Intelligence médiocre.	+
58	..	15-3-35	C. J.	17	Quelques tendances schizoïdes, mais bon équilibre dans l'ensemble.	Faible et suggestible.	+
59	..	15-3-35	C.A.	18	Eléments d'hostilité égocentrique nombreux. Goût de l'amusement et de la dispersion.	Dispositions paranoïaques. Satisfait de lui-même. Goût des plaisirs grossiers. Peu de moralité.	+
60	..	16-3-35	A.R.	17,6	Impulsivité et tendances anti-sociales.	Dispositions paranoïaques. Impulsivité. Coléreux. Mauvaise volonté. Appétits grossiers. Type digestif.	+
61	..	16-3-35	P.P.	14,6	N'a pas compris la tâche. Débile ? Insincérité ?	Débile brutal. Coléreux. Impulsif. Mauvaises fréquentations.	- D
62	..	20-3-35	A. J.	16,6	Caractère bien adapté. Quelque instabilité.	Tendances paranoïaques. Très réticent. Dissimulation. A participé à un délire familial.	- S
63	..	22-3-35	V.R.	16	Hypocondrie. Pas de déséquilibre grave.	Suggestibilité. Tendances un peu dépressives et hypocondriaques. Vol en complicité.	+
64	..	23-3-35	O.R.	15	Pas de tendances pouvant causer mauvais équilibre, si bien encadré.	Suggestibilité. Facile à entraîner. Abandon moral. Tendances sexuelles suspectes.	+

N ^o	DATE DE L'EXAMEN	INITIALES DE L'ENFANT	ÂGE	DIAGNOSTICS D'APRÈS LES TESTS DU CARACTÈRE	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSEMENT
65 ..	29-3-35	M.M	14,6	Caractère mal équilibré. Tendances instables et impulsives.	Instabilité. Mensonges. Dissimulation. Vols. Indiscipline. Prétentions. Soupçon de pédérastie.	+ S
66 ..	30-3-35	P.R.	15	Pas de mauvaise adaptation visible. Peu de personnalité.	Dissimulation. Soutroisierie. Mensonges. Vols depuis l'âge de 11 ans. Appétits grossiers. Malpropreté. Tendances perverses.	- S
67 ..	30-3-35	F.P.	15	Fortes tendances anti-sociales. Emotivité. Mauvaise adaptation.	Débilité mentale. Grossièreté. Impulsivité. Suggestibilité.	+ D
68 ..	5-4-35	P.R.	16	Bonne adaptation. Aucune tendance dominante, mais intérêts fort dispersés.	Légère débilité. Vanité. Dispositions paranoïaques. Légère instabilité.	- D
69 ..	5-4-35	L.L.	17,6	Mauvaise adaptation. Tendances schizoïdes et hypocondriaques.	Tendances schizoïdes. Dépression. Renfermé, triste, peu sociable. Haine familiale. Tendances à l'opposition et à la révolte.	+
70 ..	10-4-35	S.J.	16,6	Mauvais équilibre. Tendances perverses et paranoïaques. Adaptation difficile.	Instabilité. Dispositions paranoïaques. Réticences. Opposition. Perversions acquises déjà profondes. Vol, pédérastie.	+
71 ..	12-4-35	B.D.	19	Mauvaise adaptation. Instabilité et tendances schizoïdes. Nombreux troubles affectifs.	Instabilité. Mythomanie. Fable en marche. Simulation jusqu'à provoquer un inter-nement.	+ S

N°	D'ORDRE	DATE DE L'EXAMEN	INITIALES DE L'ENFANT	ÂGE	DIAGNOSTICS D'APRÈS LES TESTS DU CARACTÈRE	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSEMENT
72 ..		12-4-35	B. R.	18	Caractère violent. Instable, mais pas de déséquilibre grave.	Quelques tendances instables. Dans l'ensemble, caractère bien équilibré.	+
73 ..		12-4-35	F. J.	14	Mauvais équilibre. Instabilité. Hostilité égocentrique. Moralité douteuse.	Instabilité très prononcée. Tendances paranoïaques et perverses. Mensonge, mal opéré, désordre. Susceptibilité. Ergotage continu.	+
74 ..		12-4-35	G. G.	16,6	Tendances impulsives et instables. Besoin de mouvement. Moralité vague.	Malignité. Perversion. Dissimulation. Mensonge. Inactivité, paresse et révolte. Vindicativité.	- S
75 ..		12-4-35	L. G.	18	Peu de personnalité. Emotivité. Adaptation sociale médiocre.	Emotivité, surtout suggestibilité. Entraînement facile. Pas de déséquilibre grave.	+
76 ..		13-4-35	A. M.	15	Peu de personnalité.	Débilite intellectuelle. Fugues. Dissimulation. Mise en scène de faux enfant martyr. Amoralité. Mensonges.	- D
77 ..		19-4-35	L. R.	17,6	Instabilité. Désir de mouvement et de changement. Quelques tendances anti-sociales. Moralité confuse.	Légère débilite. Moralité peu solide. Vols. Suggestibilité.	+ D
78 ..		20-4-35	C. A.	17	Instabilité nette. Quelque vanité. Hostilité égocentrique.	Instabilité. Vols. Intelligence peu développée. Mélange de bêtise et de ruse.	+
79 ..		26-4-35	D. R.	18,6	Impatient, coléreux. Peu de tendances dominantes. Adaptation paraît facile.	Quelques tendances émotives, impulsives et coléreuses sans déséquilibre grave.	+

N ^o	DATE DE L'EXAMEN	INITIALES DE L'ENFANT	AGE	DIAGNOSTICS D'APRÈS LES TESTS DU CARACTÈRE *	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSE- MENT
80 ..	26-4-35	M.F.	14	Réponses significatives nombreuses. Mauvaise adaptation. Instabilité marquée. Tendances hypochondriaques. Colères. Impulsivité. Bonne qualité d'intérêt.	Instabilité. Quelques dispositions paranoïaques. Indiscipline. Renvoi des écoles. Est susceptible et émotif.	+
81 ..	3-5-35	L.G.	17,6	Tendances anti-sociales. Instabilité. Vanité. Mauvaise attitude sociale.	Tendances perverses. Est brutal. Moralité peu solide. Plaisirs faciles. Tendances alcooliques. Emotivité.	+
82 ..	3-5-35	G.E.	14,6	Emotivité. Tendances hypochondriaques et instables.	Enfant en abandon moral. Intelligence médiocre. Suggestibilité et entraînement. Perverti plus que pervers. Vol. Opposition. Indiscipline.	+
83 ..	4-5-35	L.M.	14	Grande instabilité. Difficulté d'adaptation sociale. Bonne moralité.	Instabilité aggravée par la situation familiale. Fugues.	+
84 ..	4-5-35	B.P.	14	Adaptation sociale sera difficile. Instabilité. Vanité. Amoralité.	Instabilité. Fugues à répétition. Vagabondage et vols. Renfermé et réticent. Vanité. Reste émotif.	+ V
85 ..	11-5-35	D.G.	14,6	Mauvaise adaptation affective. Tendances schizoïdes marquées. Impulsivité.	Dispositions paranoïaques. Hostilité et révolte. Impulsivité. Quelques tendances schizoïdes. Lourde hérédité. Grand psychopathe.	+
86 ..	17-5-35	M.M.	14,6	Instabilité et émotivité.	Intelligence médiocre. Tendances perverses, mensonges, paresse, vol. Reste encore émotif. Persistance de l'énurésie.	+

N°	D'ORDRE	DATE DE L'EXAMEN	INITIALES DE L'ENFANT	AGE	DIAGNOSTICS D'APRÈS LES TESTS DU CARACTÈRE	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSE-MENT
87 ..		17-5-35	M.E.	15	Peu de tendances significatives. Quelques émotivité.	Intelligence inférieure. Émotivité un peu puérile. Délit épisodique.	+
88 ..		18-5-35	B.H.	16	Tendances impulsives et instables. Nombreuses craintes. Émotivité puérile. Tendances paranoïaques.	Instabilité. Fugues à répétition. Impulsivité. Petit paranoïaque vaniteux, indiscipliné et batailleur. Goût de la vie indépendante.	+ V
89 ..		18-5-35	S.R.	17,6	Émotivité et instabilité marquées. Dispositions schizoïdes. Bonne adaptation paraît possible.	Tendances perverses. Dissimulation. Hypocrisie. Vol en bande. Simulation. Refus de travail. Suggestibilité. Entraînement facile.	- S
90 ..		23-5-35	G.G.	14,6	Grande quantité de tendances diverses. Nombreux conflits. Instabilité. Émotivité. Hypocondrie. Mauvaise adaptation sociale.	Instabilité. Turbulence. Pronostic médiocre.	+
91 ..		25-5-35	S.J.	15	Violent sentiment d'hostilité égocentrique et paranoïaque.	Inaffectivité. Instabilité. Paresse. Hostilité. Tendances perverses. Hostilité contre la mère. Vanité et vindicativité. Indifférence, inintimidabilité.	+ V
92 ..		25-5-35	R.G.	14,6	Personnalité peu marquée. Quelques émotivité.	Fugues. Dissimulation et surnoiserie. Amoralité, indifférence. Tendances perverses.	- S
93 ..		25-5-35	L.F.	17,6	Nombreuses tendances. Adaptation difficile. Schizoïde. Instable. Hostilité égocentrique.	Instabilité et entêtement. Début d'alcoolisme. Quelques tendances schizoïdes.	+

N ^o	D'ordre	DATE DE L'EXAMEN	INITIALES DE L'ENFANT	ÂGE	DIAGNOSTICS D'APRÈS LES TESTS DU CARACTÈRE	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSE-MENT
94 ..		1-6-35	F.M.	15,6	Impulsivité. Grande émotivité. Goût de l'autorité. Un peu difficile à manier.	Tendances paranoïaques. Vanité. Reste émotif et impulsif. Goût de l'indépendance. Mauvais esprit.	+ V
95 ..		1-6-35	B. J.	15,6	Emotivité, crainte, anxiété. Personnalité puérile.	Intelligence inférieure, débile. Reste émotif, timide, craintif. Suggestibilité, puérilité.	+ D
96 ..		7-6-35	B.F.L.	17	Emotivité. Tendances hypocondriaques. Enfant replié sur lui-même. Complexes familiaux.	Débilité mentale. Suggestibilité. Facile à entraîner. Délits mineurs en bande. Un peu hypocondriaque. Renfermé et impulsif.	+ D
97 ..		7-6-35	M.M.	16,6	Tendances schizoïdes et paranoïaques. Impulsivité. Personnalité peu marquée.	Dispositions paranoïaques et schizoïdes. Vanité. Tendances à l'indiscipline. Reste intimidable. Etat d'abandon moral.	+ V
98 ..		8-6-35	T.G.	15,6	Troubles du caractère. Nombreuses tendances. Très grande instabilité. Impulsivité. Tendances anti-sociales. Caractère violent, emporté.	Instabilité. Tendances paranoïaques. Erotisme précoce.	+
99 ..		8-6-35	B. G.	16	Instabilité. Impulsivité. Emotivité puérile.	Emotivité. Mollesse. Impulsivité. Suggestibilité. Reste puéril, dissipé, mauvais travailleur.	+
100 .		12-6-35	V. L.	17	Personnalité inachevée. Fruste, sans contour. Un peu d'instabilité.	Plus social que médical. Pas de troubles graves. Suggestibilité.	+

N°	D'ORDRE	DATE DE L'EXAMEN	INITIALES DE L'ENFANT	AGE	DIAGNOSTICS D'APRÈS LES TESTS DE CARACTÈRE	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSE-MENT
101.		12-6-35	S. E.	15,6	Vanité, instabilité. Assez bon équilibre de caractère.	Vanité. Amoralité. Tendances paranoïaques et perverses. A toujours été rebelle et révolté. Récidiviste de la délinquance. Fugues. Type de meneur.	- V
102.		14-6-35	F. R.	15,6	Tendances impulsives et émotives. Instabilité. Personnalité fortement marquée. Moralité assez bonne. Adaptation médiocre.	Dissimulation. Mensonge. Mauvaise volonté dans le travail.	+ S
103.		15-6-35	B. M.	14,6	Tendances psychasthéniques et instables. Vaniteux. Tendances assez fortes capables de causer du déséquilibre. Adaptation dans le domaine émotif est médiocre.	Instabilité. Dispositions paranoïaques. Vanité. Méfiance et réticence. Moralité peu solide. Type digestif. Dissimulation.	+ V
104.		21-6-35	B. P.	15	Pas de fortes tendances dominantes. Émotivité un peu puérile. Adaptation sociale mauvaise. Intérêts sont bons et stables.	Apathie. Mollesse. Suggestibilité. Entraînement facile.	+
105.		28-6-35	Q. F.	17,6	Instabilité. Émotivité puérile. Adaptation sociale mauvaise.	Instabilité. Dispositions paranoïaques. Vanité. Supporte difficilement la discipline. Moralité peu solide, vol et cambriolage.	+ V

N ^o D'ORDRE	DATE DE L'EXAMEN	INITIALES DE L'ENFANT	ÂGE	DIAGNOSTICS D'APRÈS LES TESTS DU CARACTÈRE	DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES	CLASSE- MENT
106.	29-6-35	N. J.	16	Mauvaise adaptation de caractère. Hypocondrie. Instabilité. Troublés semblent peu importants. Bonnes ambitions professionnelles.	Instabilité. Moralité peu solide.	+
107.	5-7-35	D. G.	15	Grande instabilité. Mauvaise adaptation sociale. Tendances paranoïaques. Goûts frivoles et superficiels.	Tendances perverses. Inaffectivité. Amoralité. Instabilité. Fugues.	+
108.	6-7-35	W. E.	16,6	Tendances psychasthéniques. Personnalité enfantine.	Apathie. Paresse. Suggestibilité. Moralité peu solide. Indifférence.	+
109.	17-7-35	D. C.	16,6	Personnalité peu marquée, terne. Vie imaginative restreinte. Se connaît mal.	Suggestibilité. Esprit fruste, brutal. Facile à entraîner. Moralité peu solide. Reste émotif.	+
110.	20-7-35	C. H.	11,6	Mauvaise adaptation. Tendances antisociales. Impulsivité. Émotivité.	Nombreux complexes d'infériorité. Impulsif. Tendances paranoïaques.	+
111.	20-7-35	C. R.	12,6	Calmé. Émotivité puérile. Personnalité peu marquée. Docile.	Reste émotif. Tendances à la dissimulation, sans troubles graves du caractère.	+
112.	22-7-35	C. L.	14	Surtout instable. Bon sens moral. Bonnes ambitions. Intérêts encore vagues.	Apathie et nonchalance. Reste émotif. Légère instabilité. Suggestibilité, sans troubles graves du caractère.	+
113.	26-7-35	P. R.	15	Caractère quelque peu craintif. Tendances psychasthéniques. Pas de graves difficultés.	Instabilité. Suggestibilité. Facile à entraîner. Vol épisodique.	+
114.	30-7-35	M. R.	19	Assez bien équilibré. Forte émotivité.	Dissociation familiale. A besoin d'une certaine surveillance.	+

LES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES EXOGÈNES DANS LES PSYCHOSES MANIACO-MÉLANCOLIQUES

*particulièrement en connexité
avec l'encéphalite épidémique chronique* ⁽¹⁾

PAR

P. DICKMEISS (de Copenhague)

En ce qui concerne l'étiologie de la psychose maniaque-dépressive, on sait que cette maladie est un trouble d'esprit endogène reposant sur certains facteurs héréditaires congénitaux. Les conditions biologiques héréditaires sont assez compliquées ; d'après la plupart des auteurs [Hoffmann (1-2), Wimmer (11), et d'autres], il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une polymérie dominante. Les incommodités provoquant la maladie déterminent non seulement que leurs porteurs seront atteints de psychose maniaque-dépressive, mais aussi — en tous cas à un certain degré — à quel moment se déclarera la maladie et quelle forme clinique de manifestation elle prendra [Lange (3) et d'autres].

Bien que la base héréditaire de la psychose maniaque-dépressive paraisse ainsi assez solide, on a cependant souvent discuté la possibilité de la faculté qu'auraient des facteurs exogènes de provoquer une psychose maniaque-dépressive. Dans de nombreuses publications on a cherché à démontrer que cela peut vraiment avoir lieu. Cependant on ne peut s'aventurer sur ce terrain qu'avec la plus grande réserve. C'est chose bien connue

(1) Travail du Service psychiatrique de Kommunehospital (Médecin en Chef : D^r-Méd. G.-E. Schroder).

que la psychose maniaque-dépressive apparaît souvent en même temps que certaines altérations endocrines de l'organisme, la puberté et surtout la ménopause.

On trouvera pourtant toujours, chez ces malades, des tares de psychose maniaque-dépressive, de sorte qu'il ne faut, tout au plus, attribuer aux altérations endocrines qu'une importance nécessaire au déclenchement de la maladie. On a aussi soutenu qu'un traumatisme psychique pourrait provoquer une crise maniaque-dépressive. Même si les conflits psychiques, par exemple pour la mélancolie, sont en général secondaires, en relation à l'état dépressif primaire, on ne peut pourtant point exclure entièrement la possibilité que les moments psychogènes puissent avoir un certain effet provocateur de la maladie. Dans son livre sur les psychoses psychogènes, le professeur Wimmer parle d'une femme qui, à la suite de l'émotion provoquée par la chute de son enfant du 4^e étage, fut atteinte de manie. La pathogénèse d'un tel cas est difficile à éclaircir; mais, on pourrait imaginer que les altérations somatiques accompagnant les émotions peuvent, d'une façon ou d'une autre, influencer les parties du mésocéphale qu'on suppose être en relation avec les sentiments. C'est possible, mais autant que je sache, à une telle supposition toute base plus concrète fait défaut.

Enfin on a établi des relations entre les affections cérébrales organiques et la psychose maniaque-dépressive. On a décrit des cas d'accès maniaco-mélancoliques en relation avec des traumatismes céphaliques. Je citerai comme exemple un cas observé dans le service en 1917.

Il s'agit d'un contremaître de 41 ans qui, lors d'une explosion d'acétylène fut grièvement blessé à la tête, avec fracture compliquée du crâne et commotion cérébrale. Il resta pendant 48 heures sans connaissance; en rapport immédiat avec cet accident se développa un état d'exaltation psychique. Sur le bulletin d'hôpital on décrit ce malade comme satisfait, jovial, enjoué, vif, souriant, avec excitation motrice; on indique le caractère maniaque de sa conversation, sans qu'on puisse cependant parler d'une véritable manie; l'observation indique également que le malade est désorienté, extravagant, radoteur, et lorsqu'il est remis on le montre légèrement atteint de fatuité. Il serait certainement plus correct de désigner l'état d'exaltation comme une forme de réaction maniaque.

Il me faut remarquer que, sur ce bulletin, il ne se trouvait, malheureusement, aucun renseignement sur le caractère prémorbide du patient. Par contre, on indique qu'un frère et une sœur auraient eu des affections psychiques.

Le principe de causalité est encore plus problématique lorsqu'il se passe plusieurs années entre le trauma de la tête et la phase maniaque-dépressive. J'attirerai l'attention sur une observation intéressante de Schultes (6) qui montre avec quelle prudence il faut évaluer la continuité entre le trauma et une psychose maniaque-dépressive postérieure. Il s'agit là de deux jumeaux probablement univitellins. L'un d'eux fut atteint d'un grave traumatisme à la tête suivi d'une perte de connaissance qui dura 8 jours environ. Quelques années plus tard, les deux frères contractent, à quelque temps d'intervalle, chacun une manie d'apparence à peu près analogue.

En ce qui concerne les autres affections cérébrales organiques, on sait fort bien que dans l'artério-sclérose cérébrale, en tous cas aux stades de début, on peut voir des formes de maladies plus ou moins mélancoliques ou maniaques. Mais, si l'on fait un examen plus minutieux de ces malades, on découvre en général qu'ils ont, prémorbidement, présenté de plus ou moins nombreux traits de caractère cyclothymes. Comme exemple d'une coïncidence, en tous cas de temps, entre une affection cérébrale organique et un état d'exaltation maniaque, je rapporterai ici un cas observé récemment dans notre service.

M. M. N. Femme de 61 ans. Hospitalisée au service VI. 1) Du 21 juillet au 26 juillet 1935. Aucune disposition à des affections psychiques. Caractérisée comme susceptible, sensible, compatissante, changeante, souffrant d'insuffisance, tendances à la religiosité.

Les derniers temps, crises cardiaques accompagnées d'angoisse, parfois état de confusion nocturne. Pendant son premier séjour, au point de vue psychique, un peu de sénilité, autrement rien de particulier.

Examen organique : la fente oculaire droite un peu plus petite que la gauche. Symptômes de parkinsonisme surtout à la main droite. Tremblement caractéristique. Faible atrophie des muscles de la main. Sur les deux mains une étrange maladie de peau, minutieusement décrite par les dermatologistes, mais pour laquelle ils n'osaient faire de diagnostic sûr, et consistant en une affection fissurée, bleuâtre, squameuse, épaissie, sur la face dorsale du 2-5^e doigt, s'étendant sur la 2^e et la dernière phalange. Sur le côté droit du cou se trouvait une affection cutanée à peu près semblable. Enfin le signe de Babinski existait du côté gauche. Lorsqu'on voulut faire une ponction lombaire, la patiente exigea sa sortie de l'hôpital.

En raison du parkinsonisme et de l'affection cutanée, on considéra la maladie comme une artério-sclérose cérébrale avec localisation spéciale dans la région hypothalamique striée.

2) Du 7 septembre au 13 octobre 1935. Pendant ce séjour la patiente

présenta l'image d'une exaltation maniaque typique. Elle était d'humeur gaie, saisissant vite les mots qu'elle entendait et associant les idées, faisant des rimes (la parure de mon cœur, le plus grand bonheur). Elle était agitée, turbulente, chantait des psaumes, courait au lit des autres malades s'agenouillait et priait pour eux, tenait souvent des propos obscènes. Orientation, parfois défectueuse ; l'esprit, de temps en temps, un peu trouble et confus.

L'affection cutanée observée pendant le premier séjour avait, chose étrange, entièrement disparu ne laissant que quelques pigmentations brunâtres. Le tremblement parkinsonien de la main droite, que la malade avait présenté à son premier séjour et qu'elle avait eu pendant plusieurs années avait également disparu. Quelques semaines plus tard la malade contracta une pneumonie et en mourut.

De ce que nous avons dit précédemment, il ressort que certaines conditions exogènes, hormonales, psychiques, traumatiques, etc., peuvent avoir une certaine importance étiologique dans l'apparition de la psychose maniaque-dépressive, mais parfois il s'agit de l'activation d'un état morbide préexistant, parfois les images de la maladie sont plus ou moins atypiques, de sorte qu'on devrait plutôt parler de formes de réaction dépressives ou maniaques chez des natures cyclothymes constitutionnelles.

Quelles sont à présent les conditions en ce qui concerne l'encéphalite épidémique chronique ? Existe-t-il une corrélation ? Cette maladie est une des affections cérébrales le plus fréquemment accompagnées de symptômes psychiques. Ces symptômes montrent, on le sait, un polymorphisme prononcé ; la question est de savoir si dans ce polymorphisme, il y a place pour le syndrome maniaque-dépressif ? Dans son ouvrage sur les syndromes psychiques dans l'encéphalite épidémique chronique le professeur Wimmer (10) mentionne quelques exemples d'états psychasthéniques, d'états dépressifs, de changements de caractère, d'états de confusion et de formes de maladies hallucinatoires-paranoïdes et schizophrénoïdes.

Par contre, il n'en cite aucune avec des phases maniaque-dépressives et aucun des états dépressifs ne peut, à vrai dire, être qualifié de mélancoliforme.

En parcourant la littérature des dernières années on ne trouve que peu de communications de cas de la nature sus-citée. Runge (4) en mentionne un.

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, dont l'arrière grand-père s'était suicidé au cours d'un état de dépression, et dont le grand-père

était atteint d'aliénation mentale avec symptômes paranoïdes. En 1919, le patient tomba malade avec des troubles visuels, des troubles de la parole (dysphasie), de l'oligomimie, des troubles vésicaux. Peu de temps après, il présenta une exaltation maniaque typique avec association augmentée de la pensée, besoin d'occupation, polypragmasie, suffisance, idées de grandeur, en même temps qu'augmentait la parésie des muscles oculaires. Plus tard, les symptômes psychiques disparurent de nouveau.

Torras et Ramon (8) communiquent d'Espagne quelques cas d'encéphalite chronique avec des phases d'aggravation de l'akinésie simultanément accompagnées de phases dépressives avec sentiment d'insuffisance et d'auto-accusation. Odegaard (12) (Norvège) a observé un cas d'encéphalite épidémique chronique avec des phases hypomanes. Le malade était, au point de vue psychique, surchargé de tares héréditaires. Parmi les œuvres plus étendues il faut mentionner celle de Stech (7), en Suisse. L'auteur a rassemblé 364 cas d'états consécutifs à l'encéphalite provenant de 27 asiles d'aliénés suisses. La moitié à peu près était bradyphrène. 81 patients souffraient de phases dépressives, mais l'auteur fait remarquer qu'aucun n'était véritablement mélancolique ; il s'agissait surtout de dépressions neurasthéniformes. 16 avaient fait des tentatives de suicide dont 6 avaient réussi. Il y avait d'assez nombreux cas hallucinatoires et 6 ressemblant à la schizophrénie. Pas de manies. Saunter (5), de Suisse également, a exécuté une autre recherche catamnésique. Il a fait l'examen consécutif de 40 malades. Le temps d'observation est de 12 ans. Il ne trouve pas non plus de cas de psychose maniaque-dépressive. Les chiffres rapportés par Saunter diffèrent d'ailleurs un peu de l'ordinaire. La moitié environ de ses malades étaient aptes au travail au moment de l'examen consécutif. 20 % environ présentaient des symptômes neurasthéniques ; il n'y avait que deux patients bradyphrènes et un seul présentant des signes de changement de caractère.

Comme nous avons, ici au service VI de Kommunehospitalet, dans les dernières années, traité un assez grand nombre d'encéphalites accompagnées de symptômes psychiques, j'ai cherché à mettre à profit le matériel du service pour l'éclaircissement des questions traitées ci-dessus. Dans ce but, j'ai parcouru les rapports de tous les malades atteints d'encéphalite traités dans le service pendant les 8 dernières années, c'est-à-dire de 1928 à 1935 inclusivement. Le diagnostic fut douteux pour une partie des malades ; ces cas sont exclus, de sorte que le matériel ne comprend, autant que possible, que les cas certains. Il se montre

que pendant cette série d'années on a traité 66 hommes et 71 femmes, c'est-à-dire un total de 137 patients. Parmi les hommes, 58 présentaient des symptômes psychiques, parmi les femmes, 64. Si ces nombres paraissent relativement élevés, il faut se souvenir qu'en raison de la nature du service, il ne s'agit que de cas choisis. Les diverses formes de symptômes psychiques se répartissent comme il ressort du tableau suivant :

	Hommes	Femmes
Nombre	66	71
Symptômes psychiques	58	64
Etats neurasthéniformes	6	6
Etats hystériformes	1	8
Déprimés	9	26
Changements de caractère	27	7
Bradyphrènes	3	2
Confus. Hallucinés	9	13
Schizophrénoïdes	2	1
Maniaque-dépressive	1	1

Sans trop insister sur ces chiffres, je ne puis cependant m'empêcher de faire remarquer la différence frappante entre les deux sexes en ce qui concerne les changements de caractère d'un côté et les états dépressifs et les symptômes hystériformes de l'autre. Chez les hommes les sautes de caractère comprennent presque la moitié des cas, les états dépressifs et hystériformes 1/6 seulement ; chez les femmes, les chiffres correspondants sont 1/10 et une bonne moitié.

Dans les recherches que nous avons sous les yeux, ce sont pourtant principalement les états de psychose maniaque-dépressive qui nous intéressent, et on s'aperçoit qu'il n'y a qu'un malade, un seul, dans chacun de ces groupes, hommes et femmes, qui mérite une mention spéciale en cette circonstance. Ces deux malades sont, pour l'instant, à l'asile d'aliénés de St-Hans.

E.-A. C..., 27 ans, femme mariée. Sur les antécédents on sait qu'une tante a été admise 3 fois dans le service pour psychose maniaque-dépressive. Une sœur est morte d'épilepsie. La patiente était arriérée à l'école et suivit une classe auxiliaire. En 1928, elle souffrit du hoquet pendant 15 jours. Depuis, étrangement fatiguée, hébétée, épuisée, somnolente, très lente de mouvements, de temps en temps diplopie, humeur dépressive. En décembre 1931, elle resta une semaine à Blegdamshospital avec le diagnostic d'encéphalite chronique, singul-

tus, dépression et débilité mentale. L'examen du liquide céphalo-rachidien montra: 1/3 cellules, 1 globule, 10 albumine (1).

Elle fut admise au service VI de Kommunehospitalet du 17 janvier au 28 mars 1933. Elle était bradycinétique, oligomimique, le visage légèrement onctueux, la démarche à forme parkinsonienne. Il y avait insuffisance de convergence et un nystagmus vertical spontané, en bas.

Psychiquement, elle avait des sautes d'humeur, tantôt déprimée, pleurant, tantôt niaisement gaie, sifflant, jouant avec un peigne, tout cela d'une façon empreinte de fatuité.

Hospitalisée la seconde fois du 26 octobre au 17 décembre 1935. Chez elle, l'état était resté à peu près stationnaire. Pendant ce séjour elle montrait aussi du parkinsonisme, était oligomimique, luisante de graisse. Très déprimée elle présentait parfois plutôt l'image d'une stupeur dépressive; le visage était raidi comme un masque du désespoir, montrant plus d'émotion que n'en montre généralement le parkinsonisme pur. Elle était larmoyante, il était presque impossible d'en tirer un mot et elle faisait l'impression de se sentir extrêmement malheureuse. D'autres fois elle se montrait plus loquace, pouvait pendant des heures rester couchée d'une façon stupide pleurnichant et appelant sa petite fille. A sa sortie du service elle fut transférée à l'hôpital pour les maladies chroniques.

On la ramena trois semaines plus tard, c'est-à-dire le 9 janvier 1936. A l'hôpital elle était au début timide, plus tard agitée hallucinée. Après son retour elle présentait une tout autre image que lors de l'hospitalisation précédente. Elle était excitée, chantait, riait, était expansive, s'intéressait à l'entourage, interceptant, associant idées et faits. Elle ne présentait ni productivité ni profondeur particulière. Il lui arrivait par exemple de rester couchée, un sourire niais sur les lèvres, chantant: « Je suis toquée, je suis bonne, j'aime, j'aime, j'adore... dormir. »

Le liquide céphalo-rachidien ne montra, pendant ses trois séjours, aucune altération pathologique. Signes schizophrènes de désorganisation de la pensée, images déformées, on n'observa jamais de sensations physiques. Le 6 février 1936 on la transporta à l'hôpital de St-Hans, asile d'aliénés, où elle séjourne encore. Elle s'y montra, au commencement, hallucinée, vide, sans sentiments spéciaux, avec une période de négativisme. A la fin d'avril on note sur le rapport qu'elle a subi un grand changement; elle est excitée, exaltée, rit niaisement, agissante, très occupée de travaux manuels. Le parkinsonisme a nettement diminué.

Il faut considérer comme à peu près certain que cette malade a été atteinte d'encéphalite épidémique. Il y a singultus initial, ensuite fatigue, hébétude, somnolence, diplopie, parkinsonisme

(1) Méthode Nonne Bisgaard.

d'intensité variable, insuffisance de divergence et nystagmus vertical. Les symptômes psychiques ont été quelque peu variables, mais le trait saillant a pourtant été une certaine oscillation phasique d'humeur, entre la dépression et l'exaltation, présentant à chaque phase plusieurs des traits qui font, à l'ordinaire, partie du cercle maniaco-dépressif. Lorsque, dans sa phase exaltée, la malade a été si étonnamment vive et peu productive, cela doit être dû, en partie, à sa débilité psychique originelle, en partie au relâchement d'esprit ordinaire qu'entraîne souvent l'encéphalite épidémique.

L'autre malade dont je vais rapporter l'observation est un ouvrier de 28 ans, C.-V. P..., célibataire. Au sujet des antécédents, on indique que la sœur de ce malade a séjourné dans ce service, souffrant apparemment d'une dépression endogène avec reproches, sentiment d'infériorité, idées de suicide. Le patient a été précédemment calme, équilibré, n'a rien présenté de particulier au point de vue psychique. N'a pas eu « la grippe espagnole », l'influenza ou d'autres périodes fébriles.

Son premier séjour dans le service, dura du 22 novembre au 22 décembre 1933. Il s'était, les derniers temps, sans cause apparente senti déprimé et fatigué. A l'hôpital il était plus ou moins stuporeux, inerte, occupé de ses fonctions physiques avec un peu d'hypocondrie. A l'examen organique on trouva de l'oligomimie, un léger parkinsonisme avec bradycinésie, insuffisance de divergence, de temps à autre température subfébrile ainsi qu'une légère hyperalbuminose dans le liquide céphalo-rachidien (cellules 8/3, Globule 0. Albumine 18-20. Réactions du sérum négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien). A sa sortie son état s'était amélioré, il était moins déprimé et moins marqué de parkinsonisme.

Il revint un mois plus tard, c'est-à-dire le 1^{er} février 1934. Aussi pendant ce séjour il était déprimé, se faisant des reproches, indécis. A l'examen organique il était hébété, inerte, oligomimique. Liquide céphalo-rachidien : cellules 9/3, Globule 0 (1 ?), Albumine 20-22. Réaction de Wassermann négative, de Kahn négative.

On le transféra à l'asile de St-Hans où il fut traité du 16 février au 20 juin 1934, avec le diagnostic : encéphalite épidémique et dépression mentale. A la sortie son état s'était beaucoup amélioré.

Le troisième séjour du patient au service s'étendit du 29 juillet au 23 août 1935. Dans les derniers temps précédant son admission, il avait eu l'esprit très occupé d'idées religieuses, avait été très empressé pour parler à d'autres personnes, voulait prier pour elles et essayer de les convertir. Dans le service il était tout différent de ce qu'on l'avait connu à ses séjours précédents. Il était exalté, loquace, chantait, sifflait, était arrogant avec une suffisance très accentuée. Il était expansif, se mêlant de tout, avait de l'agitation motrice, il fallait

l'attacher au lit. Parfois sa façon d'être était un peu théâtrale, il faisait des grimaces, était un peu stéréotypé dans sa productivité mentale.

A l'examen organique on ne trouva pas, cette fois, de symptômes de Parkinson particuliers, mais un peu de vibration du coin droit de la bouche et de l'effacement du pli naso-labial droit, signe de Babinski à gauche et réflexe plantaire incertain du côté droit. Le liquide céphalo-rachidien montra : cellules 8/3 + environ 3.000/3 hématies (mélange artificiel), Globule 1 (?), Albumine 20-25. Réaction de Wassermann négative, de Kahn négative.

Depuis sa sortie d'ici, le patient a été interné à l'hôpital de St-Hans. Au début, il était comme au service VI, mais en octobre-novembre 1935 son état changea. Il redevint plus parkinsonoïde, inerte, oligomimique et en même temps déprimé et stuporeux. Dans les derniers temps son état a de nouveau varié. A l'examen d'hier, le patient n'avait pas de sentiments particulièrement variables, plutôt un peu niais, stupide, de la fatuité. Il est assez inerte, grimaçant, ne décelant ni idées fausses, ni hallucinations.

Ce malade ressemble un peu à la femme précédente. Il s'agit d'un cas d'encéphalite avec symptômes psychiques. Un trait saillant dans ces symptômes fut, en tous cas, à certaines périodes, une anomalie des sentiments avec oscillations tantôt dans le sens dépressif, tantôt dans le sens exalté. Ces deux malades portent vraisemblablement une disposition aux troubles d'esprit endogènes.

Les deux malades dont on vient de lire l'observation, ainsi que le malade précédent atteint d'artério-sclérose cérébrale, présentent un trait commun, c'est-à-dire un parallélisme caractéristique entre les sentiments et les symptômes de parkinsonisme. Quand les malades sont exaltés, le parkinsonisme diminue et la vivacité et la liberté qui, en général, caractérisent les maniaques, mettent aussi leur trace sur ces malades. S'ils sont déprimés, le parkinsonisme réapparaît et ils deviennent encore plus inertes et plus immobiles que les malades déprimés ordinaires. Les mêmes observations ont été faites par d'autres, par exemple Torras et Ramon (8) comme nous l'avons déjà mentionné.

Ces deux malades sont les seuls, parmi 132 malades examinés, qui aient, en quelque sorte, montré des oscillations analogues aux oscillations maniaco-dépressives. Les recherches exécutées portent à croire que l'encéphalite épidémique n'est que rarement accompagnée de formes de maladies maniaco-dépressives, et dans les cas où il s'en trouve, elles portent à un degré plus ou moins grand l'empreinte des autres symptômes psychiques

accompagnant l'encéphalite épidémique. Dans son rapport étiologique avec la psychose maniaque-dépressive, l'encéphalite épidémique n'occupe ainsi pas une place plus caractéristique que les autres affections cérébrales organiques. Elle peut activer une disposition latente qui, à un degré plus ou moins haut, peut nuancer la psychose encéphalitique mais sans cette disposition spéciale on ne peut s'attendre à obtenir des images de psychose maniaque-dépressive.

BIBLIOGRAPHIE

1. HOFFMANN. — *Zeitschr. f. d. ges. Psychiatrie und Neurologie*. Réf. vol. 17, 192, 1919.
2. — *Zeitschr. f. d. ges. Psychiatrie und Neurologie*, 57, 92, 1920.
3. LANGE. — *Handbuch der Geisteskrankheiten*, édité par BUMKE. Vol. VI, 1, 1928.
4. RUNGE. — *Handbuch der Geisteskrankheiten*, édité par BUMKE. Vol. VII, 526, 1928.
5. SAUNTER. — *Schw. med. Wochenschr.*, 15, 464, 1934.
6. SCHULTES. — *Algm. Zeitschr. f. Psychiatrie*, 70, 348, 1913.
7. STECH (H.). — *Schw. med. Wochenschr.*, 12, 824, 1931.
8. TORRAS (O.) et RAMON (L.). — *An. Hosp. Cruz y Pablo Barcelona*, 4, 297, 1930. Réf. *Zentralbl. : f. d. ges. Psychiatrie und Neurologie*, 59, 89, 1931.
9. WIMMER (A.). — *Psychogene Sindssygdomme. Jubilæumsskrift, f. S'-Hans Hosp.*, Kobenhavn, 1916.
10. — *Further studies upon chronic epidemic encephalitis*. Copenhagen, 1929.
11. — *Sindssygdommenes Arvegang*, Kobenhavn, 1929.
12. ODEGAARD (O.). — *Nord. med. Tidsskr.* 4, 621, 1932.

PSYCHOSE PÉRIODIQUE ET SCHIZOPHRÉNIE CHEZ DEUX SŒURS

PAR

G. GASSIOT et J. LECLERC

« Comme toutes les maladies chroniques, disait Falret, la folie est rarement uniforme dans son cours, elle offre des rémissions, des paroxysmes, des intermittences, des transformations et des complications. » (1).

Les rémissions et les intermittences sont particulièrement fréquentes dans l'évolution des maladies mentales, à tel point que Gilbert Ballet se demandait « si nous n'étions pas tous des circulaires et si l'état pathologique qui constitue la folie périodique sous la forme la plus caractéristique, n'était pas simplement le grossissement et l'énorme amplification d'une manière d'être qui nous est à tous habituelle » (2).

Et en effet, si l'on remarque cette périodicité chez de nombreux sujets qui paraissent normaux, on doit aussi reconnaître que la plupart des psychoses ne comprennent pas seulement les trois périodes fictives de début, d'état et de terminaison. Cette division facilite leur description, mais en réalité leur évolution est rythmée, précipitée par des crises ou interrompue par des intervalles de santé apparente.

Les délires présentent parfois des phases de recrudescence ; les démences précoces évoluent souvent avec des rémissions ; certaines démences séniles n'aboutissent à l'affaiblissement intellectuel terminal qu'après bien des arrêts dans l'involution. Et il est quelquefois bien difficile de séparer de la psychose périodique certains syndromes intermittents avec symptômes atypiques.

La démence précoce, dont on a successivement étendu puis

(1) FALRET. — *Lec. clin. de Méd. ment.* Baill. éd., 1854, 10^e leçon, p. 245.

(2) Cité par CLAUDE et LÉVY-VALENSI. — *Encéph.*, 1931, p. 404.

restreint le champ, présente en particulier des formes cliniques difficiles à diagnostiquer, qui se rapprochent beaucoup de la psychose périodique.

Si la division de Kretschmer en constitutions cycloïdes et schizoïdes est satisfaisante pour l'esprit, elle se place surtout à un point de vue psychologique et théorique. Mais il faut admettre qu'en pratique, ces deux constitutions ne sont pas toujours franchement isolées, que les syndromes résultant de l'une ou de l'autre s'imbriquent souvent et qu'on ne peut les opposer ni les séparer complètement. Ces cas intermédiaires, qui empruntent des symptômes à la fois à la psychose périodique et à la schizophrénie, ont fait l'objet de nombreuses discussions ; et ceci en raison du problème qu'ils posent quand il s'agit de leur donner une place précise dans la classification.

Nous avons pu suivre d'assez près l'histoire de deux sœurs internées actuellement à la maison de santé de la Seine-Inférieure et nous avons cru que leurs observations seraient intéressantes non seulement par les analogies qu'elles présentent, mais aussi parce que les psychoses décrites font partie de ces cas hybrides dont nous parlions plus haut.

Malgré les anomalies que nous rencontrerons, nous croyons cependant pouvoir donner une étiquette à leur maladie.

La première est atteinte de psychose périodique avec accès d'inégale durée caractérisés par une agitation que l'on peut parfois hésiter à qualifier de maniaque.

La seconde est une schizophrène qui a présenté, pendant huit ans, une agitation extrême et permanente de caractère catatonique et qui vient de faire une rémission.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES

Les deux sœurs dont nous allons suivre la maladie font partie d'une famille de neuf enfants : deux garçons et sept filles. Tous sont actuellement vivants, plusieurs d'entre eux sont mariés. En dehors de ces deux filles qui furent internées l'une après l'autre à Saint-Yon, nous ne possédons aucun renseignement précis à leur sujet.

Nous trouvons cependant dans le dossier des malades des traces du passage de certaines des sœurs à l'étranger, qui montrent que le goût pour les voyages et l'expatriement est très développé chez les membres de cette famille.

L'hérédité de ces enfants est d'ailleurs assez chargée. Le père, à l'âge de 18 ans, fait un séjour de quelques mois à l'asile de Quatre-Mares.

Il exerce par la suite la profession de jardinier et fait de nom-

breux excès éthyliques. Il serait mort vers 45 ans « d'une maladie de cœur », probablement d'une cirrhose, d'après les explications que l'on peut obtenir d'une de ses filles.

La mère, par contre, lingère, est encore vivante. Elle est âgée de 74 ans et relativement valide sans passé mental connu ni apparent.

OBSERVATION I. — M. G. est l'aînée des enfants. Elle est née en 1883, dix ans environ après l'internement de son père. On ne trouve rien d'anormal dans les premières années de sa vie, si l'on met de côté quelques maladies de l'enfance, sans gravité.

Elle fréquente l'école jusqu'à 12 ans, n'obtient pas son certificat d'études.

A 17 ans elle aurait fait une fièvre typhoïde qui l'aurait laissée longtemps fatiguée. Et c'est cette affection qui est invoquée par la famille comme cause du premier internement en août 1901. Il était motivé par des troubles à tendance mystique : elle se croyait religieuse et voulait rester à demeure dans une communauté pour remplacer une sœur décédée.

A l'entrée, la malade se montre très violente. Elle crie, vocifère, crache sur quiconque l'approche. Ses propos sont chaotiques. Elle refuse la nourriture.

Le certificat de 24 heures signale chez elle « un état de très vive agitation ; elle crie, chante, se démène, ne tient que des propos incohérents ». (D^r A. Giraud).

Le certificat de quinzaine donne le diagnostic de manie.

Après quelques jours d'amélioration durant le mois de septembre, l'agitation reprend aussi forte qu'au début, puis disparaît subitement en octobre, de même que les autres symptômes. Ce progrès permet une sortie en décembre 1901.

De retour dans sa famille, M. G. apprend le métier de lingère et se place comme femme de chambre dans différentes maisons. C'est dans ces conditions qu'elle fait un séjour de six à huit mois en Angleterre puis d'un an en Amérique dans l'Ohio.

En revenant d'Amérique, elle tombe de nouveau malade et doit être internée en mai 1905 à 22 ans.

A ce moment elle entend des voix qui lui disent que « tout est mort ». Elle a vu Dieu sur le bateau. Il lui a donné une mission à remplir. Elle se dit « l'esclave des fauteuils ». « Je n'ai plus de corps c'est un ver qui ronge l'esprit. »

On veut lui faire copier une phrase : elle prend la plume de la main gauche et écrit « en miroir ».

On lui fait lire un passage. Elle arrête tout à coup sa lecture et ne veut plus parler. Un moment après, elle explique sa conduite en disant : « C'est la tentation ».

A l'inspection, on remarque des éléments d'acné sur sa poitrine. « J'ai la gale, le Prince de Galles », dit-elle aussitôt.

Elle se montre très mobile, très instable.

Paresthésie généralisée très marquée.

Dermographisme.

Insomnie ; gâtisme.

Nous sommes en présence d'un accès maniaque auquel se surajoutent des symptômes de mauvais augure : propos étranges, idées délirantes peu coordonnées, hallucinations.

Cependant une brusque amélioration se fait en juillet 1905, après deux mois à peine de maladie. M. G. se montre alors raisonnable ; elle se souvient de sa période d'excitation mais préfère n'en pas parler.

Elle sort en août 1905.

Par la suite, elle fait plusieurs places de femme de chambre, puis accouche, en 1913, d'une fille qui sera élevée par la grand'mère. Cette fille a aujourd'hui 22 ans, est mariée et bien portante. Elle fut séparée de sa mère en 1917 et ne l'a pas revue depuis.

C'est en effet à cette date que M. G. est hospitalisée pour la troisième fois, à 33 ans.

A l'entrée, elle se montre agitée, désordonnée. On peut obtenir d'elle quelques paroles, mais le contact est difficile et elle répond sur un ton hostile.

D'après le certificat de 24 heures « elle est atteinte de psychose périodique avec état actuel d'agitation maniaque, désordre des actes et des idées, loquacité, insomnie ». (D^r Latapie).

A l'inverse des deux premières atteintes qui n'avaient duré que quelques mois, ce dernier accès va prendre une allure chronique au point de faire considérer la psychose comme fixée. Il faudra attendre 1930, c'est-à-dire 13 ans, avant de voir apparaître des rémissions appréciables.

Pendant tout ce temps, la malade se montre extrêmement violente et doit faire l'objet d'une surveillance continuelle en raison de ses réactions impulsives et dangereuses.

Son état habituel se traduit par une vive agitation motrice avec rires explosifs, cris, chants, propos sans suite. Sa tenue est malpropre, désordonnée. Elle mange gloutonnement. On ne peut lui adresser la parole sans recevoir aussitôt une bordée d'injures, suivie d'une salade de mots débités sur un ton élevé et hostile.

Mais cet état s'exagère parfois en des crises d'une agitation féroce pendant lesquelles la malade se roule à terre en hurlant. Le visage est congestionné, les yeux exorbités, la bouche écumante. Elle se relève pour se précipiter contre un mur, brisant tout sur son passage. Elle déchire ses habits jusqu'à ce qu'elle soit complètement nue. Ces violences sont accompagnées de propos orduriers ou de cris inarticulés.

Ces crises très fréquentes, presque quotidiennes vers 1924, tendent par la suite à s'espacer sans diminuer d'intensité. Du reste, la malade demeure impulsive, incohérente, malpropre et obscène.

Ce n'est qu'en 1930 que l'on peut noter chez elle de courtes périodes de calme relatif pendant lesquelles on peut l'occuper à carder de la laine qu'elle jette ou gaspille ensuite.

Ces rémissions reviennent à peine une fois par mois et ne durent que quelques heures, un jour au plus. En 1933 cependant, elle se montre parfois assez raisonnable pour travailler à la couture.

En octobre 1934, elle fait une dothiëntérie à bacilles paratyphiques A et reste alitée jusqu'à la fin du mois de novembre. Pendant toute la durée de la maladie qui évolue sans complications, l'état mental est très amélioré. M. G. se montre calme et docile. Elle ne manifeste aucune idée délirante.

Cette amélioration se prolonge pendant quatre mois. Puis on constate une rechute caractérisée par une forte agitation avec cependant atténuation de tous les symptômes.

La malade présente ensuite plusieurs accès qui durent environ 15 jours et sont séparés par de bonnes périodes de plusieurs mois. Pendant les phases de calme, elle se rend utile.

Son état physique a toujours été florissant ; mais depuis sa typhoïde, elle a pris beaucoup d'embonpoint.

Actuellement, M. G. traverse une bonne période et son état permet un interrogatoire détaillé. Elle répond aux questions concernant ses premières atteintes et les circonstances qui les ont accompagnées. Elle dit se souvenir des moments où elle était très malade. Mais bien qu'on sente qu'elle préfère ne pas aborder ce sujet, elle semble ne pas se rendre compte de l'état d'agitation dans lequel elle était alors.

« J'avais très mal à la tête, dit-elle ; j'avais comme des visions, je voyais plutôt de belles choses, des choses d'église. Maintenant je vais tout à fait bien. Je demande à partir chez moi, car ici je ne gagne pas assez. Dix-huit francs par jour, ce n'est pas suffisant. » (Elle ne reçoit en réalité aucun salaire).

La malade est bien orientée dans le temps et dans l'espace ; elle s'adapte bien à la conversation et ses réponses sont sensées.

Cependant, un examen plus approfondi laisse apparaître un léger degré d'affaiblissement intellectuel et un état de déséquilibre incompatible avec la vie à l'extérieur.

Bien que sa mémoire soit fidèle sur certains points, lorsqu'on lui demande les impressions qu'elle a éprouvées lors de son voyage en Amérique et ce qu'elle y a vu, elle répond : « C'était très beau ! » Et l'on ne peut en savoir plus long. Il est vrai qu'ici la mémoire seule n'est pas en jeu. On lui demande en plus une analyse rétrospective d'elle-même qu'elle n'est pas capable de réaliser.

Ceci dénote aussi chez elle une certaine indifférence et montre combien sont vagues ses sentiments éthiques.

Elle a totalement oublié les quelques mots d'anglais qu'elle savait autrefois.

L'attention est facile à fixer. L'épreuve du tableau de G. Revault

d'Allones donne des temps normaux. M. G. donne d'assez bonnes définitions d'objets usuels et fait des opérations simples d'arithmétique. On peut admettre que son niveau intellectuel correspond à celui d'un enfant de 10 à 12 ans.

Par contre, on note des troubles du jugement. Lorsque ses compagnes reçoivent des friandises, elle est persuadée que celles-ci lui étaient destinées. Elle croit qu'une malade a revêtu les habits de sa mère.

La manière dont elle réclame sa sortie et son pécule donne l'aspect d'une stéréotypie et l'on se demande si un refus catégorique l'affecterait beaucoup. D'ailleurs, quand on lui décrit les difficultés qu'elle rencontrerait au dehors : « Je me plais bien ici, dit-elle ; un congé de quelques jours me suffirait, je reviendrais ensuite ».

Bien qu'elle manifeste le désir de revoir sa fille qu'elle n'a pas vue depuis près de 20 ans, ce qui précède montre que ses sentiments affectifs sont très émoussés.

De plus, on doit remarquer que pendant les interrogatoires, pas une fois la malade ne tourne les yeux franchement vers son interlocuteur. Et quoique M. G. soit la plupart du temps aimable durant ses périodes de calme, on sent que la moindre contrariété amènerait une élévation du ton de l'humeur. D'ailleurs, ses revendications se font parfois d'une façon un peu vive.

OBSERVATION II. — C. G., née en 1892, est le cinquième enfant de la famille. Elle aurait obtenu son certificat d'études. Nous avons eu peu de renseignements sur ses jeunes années, mais nous savons qu'elle aussi aimait les voyages et qu'elle quitta son pays de bonne heure.

Nous la trouvons à Londres en 1915, à 22 ans, où elle prend un passeport pour se rendre à Melbourne. Elle aurait contracté vers cette date les fièvres paludéennes.

Son séjour en Australie se prolonge jusqu'en 1919. Vers le mois de mars de cette année, elle s'embarque pour Plymouth, revient à Londres, puis se rend à Anvers, au Havre et regagne l'Angleterre vers la fin de la même année.

Elle exerçait alors la profession de gouvernante et a fait durant ses pérégrinations plusieurs places successives.

C'est en Angleterre qu'elle se fait interner, en février 1920, au Durham County Mental Hospital. Une note de cette maison de santé concernant ses antécédents nous apprend « qu'elle n'était plus la même depuis qu'elle était revenue des colonies où elle avait contracté les fièvres ».

Les certificats médicaux faits à son entrée signalent chez elle une violente agitation motrice accompagnée de cris et d'idées délirantes : « Elle a vu Dieu, elle est un esprit et on ne doit pas toucher à son corps sinon son esprit deviendrait impur ». (Francis T. Talbot).

Le diagnostic mental fait à cette époque est celui de manie.

La malade demeure au Durham County Asylum jusqu'en janvier 1927. Elle est transférée à cette date à la Maison de Santé de la Seine-Inférieure. Nous connaissons peu l'histoire de la maladie durant ces sept ans. Cependant, à en juger par les détails fournis sur C. G. lors de son transfèrement, on peut croire qu'il s'était opéré peu de changement dans son état pendant cet internement. La feuille de transfert la signale comme violente, malpropre, bruyante, difficile à surveiller, devant être isolée.

Elle se présente, à son arrivée à Saint-Yon, avec un visage égaré. Elle tient des discours incohérents ou ne répond aux questions que par des rires.

Le certificat de 24 heures est ainsi rédigé : « Est atteinte d'excitation maniaque caractérisée par de l'agitation motrice, des propos généralement inintelligibles, une humeur exubérante ; gâtisme ». (D^r Pochon).

Quinze jours après, « elle présente un état d'excitation maniaque se traduisant par de la logorrhée, des troubles du caractère très accentués, des réactions antisociales violentes et de l'agitation motrice. Insomnie. Malpropreté ». (D^r Gassiot).

En février, on note une légère atténuation des symptômes. Elle se montre plus calme mais ne parle pas volontiers. Elle répond par signes aux questions qu'on lui pose et paraît encore égarée.

Puis, elle retombe dans un état d'agitation presque continuelle avec de très légères rémissions.

En 1928 elle présente une « agitation catatonique avec négativisme, violences impulsives. Elle ne répond pas aux sollicitations non plus qu'aux paroles, n'a que trois ou quatre jours de calme relatif avec docilité partielle durant le mois. Indifférence même à ce moment. Etat habituel d'obnubilation ». (D^r Latapie).

A la suite de l'état maniaque du début, accompagné de gâtisme, d'idées délirantes et d'impulsions, on commence donc à voir se développer l'autisme et les signes qu'il entraîne.

La malade doit être isolée dans la section des agitées et entre alors dans une période de huit ans durant laquelle elle ne présentera aucune rémission appréciable et se montrera d'une extrême violence. C'est ainsi qu'elle et sa sœur, dont nous connaissons déjà l'histoire, ont la réputation d'être les malades les plus dangereuses de l'établissement. Mais la cadette est encore plus redoutée que l'aînée. D'ailleurs son état d'agitation est continu. Il ne permet aucun interrogatoire et c'est un spectacle à la fois pénible et terrifiant que celui de cette femme furieuse qu'on ne peut approcher.

Son faciès est bestial. Des contorsions de la face lui donnent une expression sauvage augmentée par la férocité du regard. La bave s'écoule sans cesse de sa bouche ouverte et édentée. Elle pousse des hurlements inarticulés et si elle n'était pas maintenue elle se précipiterait sur quiconque l'approcherait.

Dès qu'on la laisse libre elle se roule à terre avec violence, crache partout, gesticule d'une façon désordonnée et déchire ou brise tout ce qui lui tombe sous la main.

Parfois, à un degré de moindre agitation, elle se contente de vociférer. Les propos qu'elle tient ou plutôt les cris qu'elle pousse, sont souvent stéréotypés. Elle répète les mêmes syllabes pendant des heures entières. Les crises d'excitation éclatent brusquement.

Elle se montre constamment d'une extrême malpropreté et doit être attachée pendant qu'on lui donne sa nourriture qu'elle absorbe avec voracité.

D'ailleurs, son indifférence à l'égard de sa situation et de sa famille est complète. Sa mère ne peut la visiter dans cet état.

Il ne restait donc à cette époque que bien peu des éléments maniaques primitifs et un examen fait à ce moment pouvait laisser des doutes sur la nature de la maladie. Il y avait trop peu de contact avec la réalité pour penser à une manie chronique. Mais l'anamnèse, la connaissance de la manière dont avait évolué la psychose, l'agitation catatonique avec désinsertion du réel pouvaient aiguiller le diagnostic vers la schizophrénie.

Puis, brusquement, contre toute attente et sans cause apparente, on note, en mai 1936, une sédation de tous les symptômes.

La malade, du jour au lendemain, se montre calme, raisonnable, au point que l'on peut la laisser circuler dans les salles. Elle s'alimente seule, ce qui ne lui était pas arrivé depuis huit ans, et on l'occupe à des travaux grossiers de couture dont elle s'acquitte assez bien.

On essaye à ce moment d'amorcer un interrogatoire pour rechercher l'affaiblissement intellectuel. La malade répond au début aux questions simples, mais, au bout d'un moment, elle semble ne plus écouter et il faut insister et répéter les demandes pour obtenir une réponse, qui est d'ailleurs appropriée.

La mère vient la voir pendant cette période. C. G. ne semble pas apprécier cette visite autant qu'on aurait pu le croire cependant après cette longue séparation. Elle ne demande pas spontanément à sortir de la maison de santé.

Elle n'est plus gâteuse ni malpropre ; mais il faut encore s'occuper d'elle pour sa toilette. Elle se laisse d'ailleurs faire avec plaisir. Son visage, souriant et reposé, contraste avec le faciès hideux d'autrefois. Mais elle ne répond aux questions que par monosyllabes et sa hâte à regagner sa place habituelle après l'interrogatoire est remarquable.

Une infirmière, irlandaise d'origine, qui a constamment assisté la malade depuis son entrée, ne lui a jamais entendu prononcer un mot d'anglais. Actuellement elle ne semble pas comprendre cette langue. Elle a pourtant fait, l'on s'en souvient, plusieurs séjours prolongés à l'étranger.

On peut donc noter chez C. G. une inadaptation partielle à la

conversation, la persistance des opérations intellectuelles élémentaires avec difficulté passagère de fixer son attention. Il est difficile d'apprécier la mesure dans laquelle sa mémoire est touchée. Elle ne répond en effet que par « oui » ou « non » aux questions portant sur sa vie antérieure. Elle cite cependant trois objets qu'on lui montre successivement.

L'affectivité est très diminuée. On ne parvient pas à réveiller les sentiments de la malade ni à toucher une corde sensible. D'ailleurs, elle ne se préoccupe pas de l'avenir et ne se rend pas compte de l'état où elle était précédemment.

Cet examen donne l'impression d'une désinsertion du monde extérieur plutôt que d'un affaiblissement intellectuel véritable. Et la gravité des symptômes observés, de même que la constatation des ressources dont dispose encore la malade nous permettent, croyons-nous, de poser le diagnostic de schizophrénie.

La période de calme dure du 10 mai au 7 juin. Lors d'un nouvel examen fait ce jour, on ne peut obtenir aucune réponse de la malade. Elle reste muette et égarée. On note une sialorrhée abondante et des tremblements à grande amplitude des membres et du maxillaire inférieur.

Le lendemain, on la retrouve dans un état d'agitation analogue au précédent quoique moins prononcé. La malade est moins violente mais elle gesticule et répète des mots incompréhensibles, toujours les mêmes, pendant des heures.

Nous pensons avoir suffisamment détaillé les observations de ces psychoses qui se sont montrées atypiques à la fois dans leurs signes cliniques et dans leur évolution, pour nous dispenser d'en discuter plus longuement le diagnostic. Nous voudrions cependant attirer l'attention sur certains points qui méritent d'être soulignés.

1. — L'intérêt de ces deux cas réside tout d'abord dans cette excitation presque ininterrompue et poussée à son paroxysme. Il est rare, on le sait, quoi qu'en pensent les profanes, de trouver dans les asiles (comme on aurait dit autrefois) de ces « déments » atteints de « folie furieuse ». Et cependant, ces deux malades répondent d'assez près à cette désignation par la violence et la durée de leur agitation.

2. — Il faut maintenant discuter le rôle qu'ont pu jouer ici les maladies infectieuses. Nous avons peu de détails précis sur celles qui ont précédé la psychose de chacune des sœurs. La première aurait présenté une typhoïde un an avant l'apparition du premier accès maniaque, la seconde avait contracté la malaria quelques années avant son internement. Mais le terrain était

bien préparé par l'héritage paternel et ces affections n'ont pu intervenir qu'en tant que causes favorisantes du processus pathologique.

On ne peut, à ce propos, s'empêcher de citer ces paroles de H. Claude au Congrès de 1926, à Genève : « A un stade de plus, surtout chez les individus qui ont un passé héréditaire similaire, se constitue, tantôt à la suite d'un état toxi-infectieux, tantôt sans motif appréciable par l'anamnèse, un trouble psychopathique plus grave parce qu'alors le malade se montre, d'une façon continue ou par périodes, complètement désadapté à l'ambiance. » (1).

D'autre part, une deuxième typhoïde a coïncidé avec une longue intermittence chez notre première malade. Faut-il admettre entre ces deux faits une relation de cause à effet ? Il est indéniable que les maladies aiguës infectieuses, s'accompagnant d'une forte température, exercent une influence sur l'évolution des psychoses. Combien de déments précoces, après une pneumonie, une typhoïde, ont présenté une amélioration passagère ?

X. Abély, dans « les symptômes liminaires de la démence précoce », cite le cas d'une rémission survenue après guérison d'un phlegmon (*Ann. Méd. Psych.*, 1926, t. II, p. 158).

C. Parhon et C. Urechie publient « un cas de démence précoce amélioré considérablement à la suite d'une pleurésie purulente ». (*Soc. roum. de Neurol. et Psychiatrie*, 24 mai 1907, C.R. dans *Rev. Neur.*, 1909, t. I, p. 41).

De nombreuses tentatives dans ce sens ont été faites ces dernières années dans un but thérapeutique. Dans notre cas, cette thèse est cependant très discutable. Trois ans avant la typhoïde, on avait noté chez M. G. quelques rémissions sans cause apparente, comme si elles avaient, pour ainsi dire, amorcé l'intermittence prolongée observée ensuite.

D'autre part, la rémission constatée dernièrement chez la sœur cadette n'a été précédée d'aucune maladie infectieuse, d'aucune élévation de température, d'aucun choc apparent. Et il est permis de rapprocher ce fait du cas de la sœur aînée et d'en tirer des déductions, car nous allons voir combien les deux sœurs se ressemblent jusque dans leur psychose différente.

3. — Il ne suffit pas, en effet, de reconnaître le rôle de l'hérédité paternelle qui semble ici indiscutable, au seul point de vue psycho-pathologique en général ; il faut aussi remarquer le

(1) H. CLAUDE. — Démence précoce et schizophrénie. Congrès des Méd. alién. et neur., Genève, 1926. C.R., p. 110.

déterminisme qui existe dans sa façon de s'exercer. C'est ainsi que les deux sœurs sont atteintes de psychoses atypiques chacune dans sa sphère, mais se rapprochant cependant l'une de l'autre par de nombreuses analogies.

a) On peut d'abord se demander si ce goût prononcé pour les voyages, normal en soi, mais poussé à l'extrême chez nos deux malades et chez d'autres membres de la famille, n'a pas à sa base un trouble mental quelconque tel que l'instabilité, l'inadaptation au milieu.

b) Le début de la psychose a été marqué chez les deux sœurs par un accès de manie caractérisé, non seulement par un état de forte agitation, mais aussi par des idées délirantes mystiques. Toutes deux ont vu Dieu qui leur a donné une mission et elles ont des préoccupations sur la pureté de leur âme.

c) Mais ce n'est pas seulement par le début que ces psychoses se ressemblent. Si elles paraissent différer, au premier abord, par ce fait que l'une évolue en une série d'accès répétés tandis que l'autre est plus uniforme, toutes deux présentent une phase prolongée d'agitation.

Chez la première, l'un des accès dure environ 13 ans ; la seconde vient de présenter une rémission de trois semaines après un accès de 8 ans.

Ceci d'ailleurs nous permettrait d'espérer, pour cette dernière, d'autres phases de calme et d'améliorer, dans une certaine mesure, le pronostic.

En période d'agitation, les deux sœurs ont aussi leurs points de ressemblance par leur violence, leurs impulsions, leur sauvagerie, leur malpropreté, leur voracité et enfin par quelques symptômes spéciaux : même chez l'intermittente, l'agitation avait un caractère plutôt catatonique que maniaque ; d'ailleurs, les propos de chacune d'elles étaient soit incohérents, soit stéréotypés et non pas associés d'une façon désordonnée comme chez les maniaques francs.

Signalons aussi la brusquerie avec laquelle sont survenus ou ont cessé les accès.

Des cas de psychoses similaires chez des sujets d'une même famille ont été maintes fois observés. Parmi ceux qui ont été publiés, nous citerons les observations de Leroy et Trénel (1909), de M. Briand et Vigouroux, de Vigouroux et Trénel, de Vigouroux et Truelle (1910), de Capgras et Morel (1914), de Seglas et Ceillier, de Leroy, de Vernet (1920), de A. Marie et Bernadou (1923).

A. Brousseau, dans son rapport au Congrès de 1936 : « L'hérédité des affections circulaires », cite à ce sujet les travaux de Boven, en 1921, ceux de J. Rouart, en 1935, qui « montre la valeur, à cet égard, des observations de Legrain, de Trénel, de Picard et Ey et de Tinel » (1).

Tous ces auteurs semblent avoir eu pour but de préciser l'étiologie de la psychose considérée. Nous nous bornerons ici à signaler l'importance de l'hérédité dans l'origine de la maladie. Elle semble, dans nos cas, prévaloir à la mauvaise éducation ou aux influences familiales morbides.

Il faut cependant remarquer les différences qui existent entre les psychoses de nos deux malades.

La première a évolué, d'une façon périodique, en plusieurs accès bien caractérisés. La seconde n'a présenté jusqu'ici qu'une seule rémission de courte durée, après une période agitée de 8 ans.

Les rémissions elles-mêmes ne sont pas identiques : la sœur aînée, quoique déséquilibrée et légèrement affaiblie intellectuellement, est plus présente que sa cadette qui, durant sa phase d'amélioration, présentait encore des tendances schizoïdes.

4. — Dans l'observation I, sur le syndrome maniaque, se greffent des épiphénomènes délirants, non seulement au début, mais au cours de la psychose. Ce délire religieux est accompagné, fait paradoxal dans la manie, d'hallucinations visuelles et peut-être auditives : la malade voit des « choses d'église ».

Ces perceptions pouvaient n'être que des illusions qui accompagnent parfois le délire des maniaques. Il est difficile de le vérifier rétrospectivement.

Sinon, il faut admettre qu'un autre syndrome morbide était surajouté à la psychose périodique. Et ceci nous amène au problème très controversé des psychoses associées que nous signalerons sans l'aborder pour ne pas sortir du cadre de notre sujet.

5. — En présence du syndrome observé chez chacune des deux sœurs, on a pu parfois hésiter entre la psychose périodique et la schizophrénie. Les deux psychoses peuvent-elles se rencontrer simultanément chez le même sujet ? Existe-t-il une psychose spéciale, autonome, à forme mixte, intermédiaire entre les deux grands syndromes ? La forme décrite par H. Claude sous le nom de schizomanie répond à certains de ces cas.

Cependant, la clinique montre parfois des psychoses d'autant

(1) A. BROUSSEAU. — Rapp. de Psych. au Congrès de 1936. *C.R.*, p. 21.

plus difficiles à classer que leur évolution varie avec chaque malade.

Nous avons fait, dans l'observation II, le diagnostic de schizophrénie ; celle-ci, en effet, peut évoluer par poussées entrecoupées de rémissions. Mais il faut alors signaler, chez notre malade, les anomalies constituées par l'importance et la durée de son agitation.

On peut aussi se trouver en présence d'autres syndromes qui, pour Claude et Lévy-Valensi, « sont des accès de manie et de mélancolie chez des schizoïdes » (1). Il est alors permis d'hésiter devant ces psychoses qui ne sont ni des schizophrénies, ni des psychoses périodiques franches.

Notre première malade est à la limite de ces cas. Si l'on persiste à la ranger dans les psychoses périodiques, c'est en raison de la bonne période actuelle, succédant à plusieurs accès. Mais ceux-ci ont été de durée très inégale ; l'un d'eux fut très prolongé sans être franchement maniaque ; on ne peut enfin considérer l'état actuel comme normal. Nous avons, en effet, constaté chez M. G. un certain affaiblissement intellectuel et un état de déséquilibre mental incompatible avec la vie à l'extérieur.

De nombreux cas ont été publiés relatifs à cette question. Sans parler des modes de début de ces psychoses atypiques qui sont assez polymorphes et mal définis, nous emprunterons à Claude et à Lévy-Valensi la division sous trois rubriques des différentes manières dont peut évoluer la psychose elle-même :

a) Des accès répétés du type démence précoce cessent parfois laissant le sujet soit guéri, soit le plus souvent plus ou moins affaibli intellectuellement.

b) Les mêmes accès peuvent aboutir à la démence confirmée.

c) Enfin, des accès du type de ceux de la psychose périodique peuvent aboutir à un affaiblissement intellectuel.

Remarquons que ce n'est pas seulement l'évolution de la maladie qui pose des problèmes ardu. Les accès eux-mêmes peuvent être difficiles à diagnostiquer. Et certains syndromes maniaques rappellent beaucoup la démence précoce, en particulier lorsqu'ils se présentent chez des débiles. (Voir art. de Seglas, Accès maniaques chez les débiles, *Ann. Méd. Psych.*, 1914, t. I, p. 5).

On peut enfin parfois rapprocher ces psychoses atypiques de la confusion mentale chronique de Régis. Mais un autre facteur

(1) CLAUDE et LÉVY-VALENSI. — *Loc. cit.*, p. 401.

intervient ici. Ces syndromes seront séparés ou confondus suivant le choix de la classification.

Nous ne pouvons nous étendre davantage sur une question qui mériterait de longs développements. Mais nous indiquerons, à la fin de notre travail, une liste d'ouvrages intéressants à consulter au sujet des rapports de la psychose périodique et de la démence précoce.

6. — Certains auteurs (Mlle Pascal, A. Fassou) ont insisté sur les formes mélancoliques prodromiques de la démence précoce. Nous venons de voir que des accès répétés de manie pouvaient aboutir à un affaiblissement intellectuel. Quant à la manie annonçant une démence précoce, tous les psychiatres ne l'admettent pas et s'accordent à dire qu'elle est au moins peu fréquente. Régis, entre autres, dit l'avoir rarement observée. Cependant, nos deux cas ont débuté par une manie et l'un d'entre eux peut faire songer à la démence précoce.

Ne pourrait-on croire que ces formes de début ne sont pas toujours admises parce que le diagnostic de la psychose est, par la suite, longtemps hésitant ? En effet, la plupart des démences précoces qui commencent par un accès maniaque restent des formes atypiques à évolution hybride.

7. — Si, chez notre première malade, on ne pouvait prévoir la longue durée du troisième accès en raison de la brièveté des deux premiers, par contre la rémission de la seconde fut une surprise qui peut donner pour elle quelque espoir sinon d'amélioration, du moins d'un état de fixation moins grave qu'on aurait pu penser.

On voit à quelles erreurs on s'expose en voulant porter un pronostic trop précoce. En présence de ces formes mixtes que nous avons étudiées, le psychiatre sera souvent impuissant à donner une opinion ferme.

CONCLUSIONS

Malgré la constatation de maladies infectieuses au début et au cours des psychoses, on ne voit pas ici nettement le rôle qu'elles ont pu jouer dans la genèse de la maladie ni l'influence qu'elles ont pu exercer sur son évolution.

Par contre, le déterminisme engendré par l'hérédité apparaît nettement quand on compare les symptômes présentés par les deux sœurs.

Leur histoire montre aussi la difficulté du diagnostic de certains accès d'agitation qui semblent tenir à la fois de la manie et de la démence précoce, difficulté qui ne fait qu'augmenter lorsqu'on considère l'évolution des psychoses. Ce ne sont parfois que des signes discrets, fournis par un examen fouillé du malade qui font pencher vers la psychose périodique ou la schizophrénie.

Les syndromes du type démence précoce ayant débuté par un accès maniaque sont souvent des formes peu franches dont le diagnostic reste hésitant.

Enfin, le pronostic toujours délicat en psychiatrie est, ici plus qu'ailleurs, difficile à porter et doit être longtemps réservé devant un accès maniaque atypique chez un sujet jeune.

BIBLIOGRAPHIE

- ABÉLY (X.). — Les symptômes liminaires de la démence précoce. *Ann. Méd.-Psych.*, 1926, t. II, p. 147.
- BRIAND et VIGOUROUX. — Psychose familiale. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1910, p. 68.
- BROUSSEAU (A.). — L'hérédité des affections circulaires. Rapp. de psychiatrie au Congr. de Genève, 1936. *C.R.*, p. 21.
- CAPGRAS et MOREL. — Démence précoce chez deux sœurs. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1914, p. 133.
- CLAUDE (H.). — Démence précoce et schizophrénie. *Congrès des Méd. alién. et neurol.*, Genève, 1926.
- CLAUDE (H.) et LÉVY-VALENSI. — Psychose périodique et démence précoce. *Encéph.*, 1931, p. 377.
- FALRET. — *Lec. clin. de Méd. ment.*, Baill. éd., 1854.
- FASSOU. — Ét. des états mélanc. au début de la démence précoce. Th. de Paris, 1909. *C.R. dans Rev. neur.*, 1910, t. II, p. 331.
- LEROY. — Deux cas de démence précoce chez les deux sœurs et démence précoce probable chez le frère. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1920, p. 39.
- LEROY et POTTIER. — Troubles mentaux chez deux sœurs. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 15 déc. 1930.
- MARIE (A.) et BERNADOU. — Hébéphrénie simultanée chez les deux frères. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1923, p. 213.
- PARHON et URECHIE. — Un cas de démence précoce amélioré considérablement à la suite d'une pleurésie purulente. *Soc. roum. de Neur. et Ps.*, 24 mai 1907. *C.R. dans R.N.*, 1909, t. I, p. 41.
- PASCAL (Mlle). — Formes prodromiques dépressives de la démence précoce. Congrès de Lille, 1906. *C.R. dans R.N.*, 1910, t. II, p. 331.
- Pseudo-neurasthénie prodromique de la démence précoce. *Presse médicale*, 19 janv. 1907.
- Formes mélancoliques de la démence précoce. *Encéph.*, 1907, t. II, p. 161.
- RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*, O. Doin, éd., 1923.
- SÉGLAS. — Accès maniaques chez les débiles. *A.M.P.*, 1914, t. I, p. 5.
- ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Décembre 1936. 51.

- SÉGLAS et CEILLIER. — Deux sœurs internées simultanément, l'une atteinte de « folie discordante », l'autre d'un accès maniaque suivi de guérison. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1920, p. 89.
- VERNET. — Quelques cas de démence précoce familiale. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1920, p. 262.
- VIGOUROUX et TRÉNEL. — Deux cas de délire polymorphe chez un frère et une sœur. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1910, p. 196.
- VIGOUROUX et TRUELLE. — Psychose familiale. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1910, p. 206.

OUVRAGES A CONSULTER

concernant les rapports de la psychose périodique et de la démence précoce

- ABÉLY (X.). — Les symptômes liminaires de la démence précoce. *A.M.P.*, 1926, t. II, p. 147.
- ALMEIDA (W. DE). — Diagnostic, rémissions et traitement de la démence précoce, Rio-de-Janeiro, 1918. *C.R. dans R.N.*, 1920, p. 293.
- BALLIF. — Intermittence et démence précoce. *Bull. de l'Assoc. des psychiatres roumains*, 11 déc. 1921, p. 40.
- Intermittence et démence précoce. *Bull. de la Soc. Neurol.*, etc., de Jassy, 1923, n° 3-4.
- BALLIF et ORSTEIN. — Démence précoce catatonique intermittente. *Bull. de l'Assoc. des psychiatres roumains*, t. V, p. 57, 4 févr. 1923.
- BALLIF et ORSTEIN. — Démence précoce intermittente ou psychose man-dépress. *Bull. de l'Assoc. des psychiatres roumains*, 1924, p. 36.
- BARBÉ. — Diagnostic différentiel entre démence précoce et poussée périodique. *Encéphale*, n° 5, p. 437, 10 mai 1912. *C.R. dans N.R.*, 1913, t. I, p. 191.
- BARBÉ, BUVAT et VILLEY-DESMESERETS. — Psychose périodique et stupidité. *A.M.P.*, 1932, p. 17.
- BARBÉ et GUICHARD. — Démence précoce ou psychose périodique. *Encéph.*, 1911, t. I, p. 365. *C.R. dans R.N.*, 1911, t. I, p. 533.
- BOND et ARBOT. — Comparaison des caractéristiques personnelles dans la démence précoce et dans la psychose maniaco-dépressive. *American Journal of Insanity*, vol. LXVIII, n° 3, p. 359, janv. 1912. *C.R. dans R.N.*, 1913, t. I, p. 191.
- BOUDERLIQUE (Mlle). — Folie intermittente ou démence précoce. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1920, p. 17.
- CAPGRAS et ABÉLY (P.). — Psychoses atypiques : folie intermittente ou démence précoce. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1922, p. 20.
- CHASLIN et SÉGLAS. — Intermittence et démence précoce. *Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, n° 3, p. 215, mai-juin 1911. *C.R. dans R.N.*, 1912, t. I, p. 202.
- CLAUDE, BOREL et ROBIN. — Evolution dementielle d'origine traumatique d'un état de déséquilibre constitutionnel à type manie chronique. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1923, p. 169.
- CLAUDE et LÉVY-VALENSI. — Psychose périodique et démence précoce. *Encéphale*, 1931, p. 377.
- CORDOVA. — Difficulté du diagnostic différentiel entre la démence précoce et la folie maniaco-dépressive. *Encéphale*, 1911, t. I, p. 499.

- COURBON. — Démence précoce et psychose maniaco-dépressive. *Encéphale*, 1913, p. 434. *C.R. dans R.N.*, 1913, t. II, p. 564.
- Contribution au diagnostic des états mixtes de psychose maniaco-dépressive. *A.M.P.*, avril 1914, p. 398. *C.R. dans R.N.*, 1916, t. II, p. 79.
- COURBON et MAGNANG. — Schizomanie ou psychose maniaco-dépressive. *Soc. de Psychiatrie*, 16 déc. 1926. *C.R. dans R.N.*, 1927, t. I, p. 119.
- DELAON. — Lois élémentaires de l'association des idées dans la manie et dans la démence. *Journ. de Psychol. norm. et pathol.*, janv.-fév. 1919, p. 1-17. *C.R. dans R.N.*, 1910, p. 446.
- DUBOIS. — Ueber intermittierende psychopathische Zustände. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 1^{er} mai 1901, n° 9, p. 265.
- DUNTON (W. R.). — Les formes circulaires de la démence précoce. *Amer. Journ. of Insanity*, janv. 1910. *C.R. dans Encéph.*, 1910, t. II, p. 312.
- Les formes intermittentes de la démence précoce. *Amer. Journ. of Insanity*, oct. 1910. *C.R. dans Encéph.*, 1911, t. I, p. 310.
- EWALD. — Das manisch-melancolische Irresein u. die Frage der « Krankheitseinheit ». *Zeits. f. d. ges. Neur. u. ps.*, vol. LXIII, 1921.
- FASSOU. — Cité par Claude et Lévy-Valensi. *Encéphale*, 1931, p. 403.
- FUCHS. — Zur Frage nach der Bedeutung der Remissionen im verlaufe einzelner Formen von acuten Psychosen. *Jahrbücher f. Psych. u. Neur.*, vol. XXII, 1902, p. 390. *C.R. dans R.N.*, 1904, p. 360.
- GARCZYNSKI. — De l'issue des psychoses périodiques et circulaires. *Thèse de Genève*, 1910.
- GEIST. — Ueber kombinierte Psychosen nebst einen kasuistischen Beitrag. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, vol. LXIII, 1906, p. 434.
- GORDON. — Differential diagnosis between maniac-dépressive insanity and dementia precox. *The j. of the Amer. med. Assoc.*, 29 juillet 1911, p. 418. *C.R. dans R.N.*, 1912, t. II, p. 118.
- GRABE. — *Un cas de catatonie périodique chez un paranoïaque*, 1904.
- GUILLLOT. — Amnésie, affaiblissement intellectuel ou confusion mentale à répétition. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1925, p. 73.
- GUIRAUD et DESCHAMPS. — Le fading mental dans l'hébéphrénie. *A.M.P.*, fév. 1932, p. 136.
- HALBERSTADT. — Stéréotypies dans un cas de stupeur maniaque. *Encéphale*, 1910, p. 672. *C.R. dans R.N.*, 1911, t. I, p. 205.
- La démence précoce à évolution circulaire. *Revue de Psychiatrie*, sept. 1913, p. 353. *R.N.*, 1914-15, p. 877.
- Rémissions, intermittences et évolution circulaire au cours de la démence précoce. *Paris Médical*, 16 oct. 1926, p. 312.
- HOCHE. — Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. *Zeits. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, XII, 1912, p. 450.
- KLIMO. — Schizophrenie à cours manio-dépressif. *Bratislan lek. listy*, XII, n° 1, janv. 1932, p. 23.
- KRAFF. — Ueber katatone Symptome beim manisch-depressiven Irresein unter besonderer Berücksichtigung der Depression. *Th. de Leipzig*, 1923.
- KRETSCHMER. — Wahnbildung und manisch-depressives Symptomenkomplex. *Th. de Tübingue*, 1914.
- LAIGNEL-LAVASTINE et KAHN. — Excitation maniaque ou psychose hébéphrénique. *Soc. de Ps.*, 15 mai 1924. *Encéphale*, p. 397.

- LANGE. — Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen. *Springer*, Berlin, 1922.
- LAUTIER. — Catatonie et psychose périodique. *A.M.P.*, 1924, p. 68.
- LERAT. — Psychose périodique avec accès dépressif accompagné d'une incohérence verbale de cause indéterminée. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1920, p. 164.
- LEROY. — Rémissions dans la démence précoce. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1912, p. 294. *C.R. dans R.N.*, 1913, t. II, p. 567.
- Démence précoce chez une malade ayant présenté antérieurement des accès de délire intermittent. *A.M.P.*, 1912, p. 409. *R.N.*, 1913, t. II, p. 566.
- Accès de confusion puis rechute au bout de 4 ans, démence précoce, etc. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1914, p. 229.
- Démence précédée de plusieurs accès de mélancolie. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1926, p. 78.
- LEROY et MONTASSUT. — Cités par Claude et Lévy-Valensi. *Encéphale*, 1931, p. 403.
- LEROY, RUBÉNOVITCH et TRELLES. — Psychose maniaco-dépressive ou schizophrénie évolutive. *A.M.P.*, 1931, t. II, p. 530.
- MARCHAND. — Psychose maniaco-dépressive et démence précoce. *A.M.P.*, 1928, t. I, p. 68.
- MARRO. — Les récides de l'aliénation. *R.N.*, 1900, p. 209.
- MARSCHALL. — Attaques périodiques d'excitation et de dépression chez les aliénés chroniques. *The J. of mental sc.*, janv. 1911. n° 236, p. 74. *C.R. dans R.N.*, 1911, t. II, p. 402.
- MEYER. — Paranoische Formen des manisch-depressiven Irreseins. *Arch. für Psych.*, vol. LXIV, 1922, p. 299.
- NAUDASCHER. — Accès de dépression mélancolique avec anxiété et tentative de suicide chez une démente précoce au cours d'une psychose maniaco-dépressive atypique. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1923, p. 141.
- OSSIPOW. — Gemischte oder kombinierte Formen von Cyclophrenie und Schizophrenie und ihre Entstehung. *Zeits. f. d. ges. Neur. und Ps.*, vol. LXXXII, 1924, p. 296.
- NEUMANN (Mme). — Un cas de psychose maniaco-dépressive avec symptômes paranoïdes. *Bull. de la Soc. roum. de Neurol.*, etc., déc. 1924, p. 79.
- PAILHAS. — Périodicité et alternances psychiques. Psychoses périodiques. *Journ. de Neurol.*, 1907, p. 161.
- Psychisme périodique ou cyclopsychisme. *Revue de Psychothérapie*, avril 1910.
- PARAVICINI. — Psychose maniaco-dépressive, stupeur catatonique et accès d'épilepsie. *Rassegna di psichiatria*, janv.-fév. 1911. *C.R. dans Encéphale*, 1911, t. II, p. 189.
- PASCAL (Mlle). — Les rémissions dans la démence précoce. *Revue de Psychiatrie*, 1907, p. 99.
- PASCAL et VIÉ. — Démence précoce et schizophrénie de Kretschmer. *Encéphale*, 1931, p. 283.
- PETERSEN (Sig.). — Sur les types de Kretschmer, les psychoses mixtes et les caractères prépsychotiques. *Hygiène mentale*, n° 6, juin 1931, p. 121.
- PUJOL. — *Thèse de Bordeaux*, 1912.
- REDALIÉ. — Les syndromes circulaires. *Encéphale*, 1928, p. 731. (Bibl.).

- REDALIÉ. — Les facteurs endo et exogènes dans la schizophrénie et dans la psychose maniaco-dépressive. *Encéphale*, 1929, p. 821.
- Le problème de « schizoïdie-syntonie » et la genèse de la schizophrénie et de la psychose maniaco-dépressive. *Schweizer med. Woch.*, 1929.
- RITTERSHAUS. — Die klinische Stellung des manisch-depressiven Irreseins. *Zeitschr. für d. gesamte Neur. und Ps.*, vol. LXIII, 1906.
- SAUSSURE (R. DE). — Diagnostic différentiel entre la folie maniaco-dépressive et la catatonie. *Encéphale*, fév. 1924, p. 73.
- SCHMID. — Tentative pour distinguer de la catatonie certaines formes de confusion mentale aiguës comme appartenant à la folie maniaco-dépressive. *Zeits. f. d. ges. Neur.*, 1911, t. VI, fasc. 2. *C.R. dans R.N.*, 1912, t. I, p. 112.
- SÉGLAS. — Accès maniaques chez les débiles. *A.M.P.*, 1914, t. I, p. 6.
- SÉGLAS et COLIN. — A propos du diagnostic de la démence précoce et de la folie maniaco-dépressive. *Soc. de Ps.*, 18 novembre 1909. *C.R. dans R.N.*, 1909, p. 1542.
- SÉGLAS et LOGRE. — Des rémissions dans la démence précoce. *Soc. de Ps.*, 16 fév. 1911. *C.R. dans R.N.*, 1911, t. I, p. 407.
- SMITH (J.). — Etats catatoniques dans la psychose maniaco-dépressive. *Medical Record*, 20 fév. 1915, p. 311. *C.R. dans R.N.*, 1917, t. II, p. 130.
- STRANSKY. — Zur Lehre von den kombinierten Psychosen. *Allg. Zeits. für Psych.*, vol. LXIII, 1906.
- TAMBURINI. — Psychose catatonique et psychose maniaco-dépressive catatonique. *Rivista sperim. di freniatria*, 20 avril 1911, p. 369. *C.R. dans R.N.*, 1911, t. II, p. 517.
- TARGOWLA et RUBÉNOVITCH. — Syndrome catatonique suivi depuis 14 ans. *Encéphale*, 1930, p. 116. Cf. *Soc. de Ps.*, 20 juin 1929 et *A.M.P.*, 1916, p. 482.
- THUILLIER-LANDRY. — *Thèse de Paris*, 1916.
- TRÉNEL. — Démence précoce et folie périodique. *A.M.P.*, 1912, p. 218. *R.N.*, 1913, t. II, p. 565.
- TRUELLE. — Folie intermittente simulant la démence précoce. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1920, p. 69.
- URSTEIN. — Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform des Katatonie. *Urban et Schwarzenberg*, Berlin, 1912.
- WAGNER (Ch. G.). — Psychose maniaco-dépressive et démence précoce. *Medical Record*, n° 17, 22 oct. 1910, p. 704. *C.R. dans R.N.*, 1911, t. I, p. 56.
- WEBER. — Pression sanguine dans la folie maniaco-dépressive et la démence précoce. *Archiv. für Psychiatrie*, t. LXVII, fasc. 2, 1910, p. 291. *C.R. dans R.N.*, 1911, t. I, p. 501.
- WILLBURGER. — Paranoische Zustandsbilder in der Manie. *Thèse de Tubingue*, 1914.
- ZENDIG. — Contribution au diagnostic différentiel entre la folie maniaco-dépressive et la démence précoce. *Soc. des psychiatres bavares*, juin 1909. *Allg. Zeits. f. psych.*, LXVI, fasc. 5, 1909. *C.R. dans Encéphale*, 1910, t. I, p. 181.

SUR UN CAS DE MÉLANCOLIE ASSOCIÉ A UN SYNDROME FRUSTE DE SIMMONDS

Le rôle de l'hypophyse dans certaines dépressions

PAR

MARES CAHANE et T. CAHANE

Nous avons publié récemment (1) quelques considérations sur un cas de syndrome infundibulo-tubérien avec mélancolie. Les faits cliniques que nous avons rassemblés ont suggéré l'idée d'une relation directe entre les troubles de la région infundibulaire et les symptômes mélancoliques. Les troubles sexuels (impotence ou aménorrhée) étant assez fréquents dans la mélancolie, nous nous sommes demandé si on ne doit pas décrire une forme de mélancolie diencephalique. La complexité du syndrome mélancolique, les nombreuses modifications endocrinien-nes et humorales ne nous permettent pas de l'expliquer uniquement par une lésion nerveuse.

Dans des recherches récentes nous avons attiré l'attention sur les rapports d'un centre régulateur diencephalique de la fonction sexuelle et la glande pituitaire. La lésion de ce centre entraîne des modifications dans la structure du lobe antérieur de l'hypophyse (2). On sait que les fonctions les plus importantes de l'organisme, le métabolisme hydrique, glucidique, lipidique ainsi que la fonction sexuelle sont intimement liés à la fonction endocrine de l'hypophyse.

Ces considérations nous ont déterminé à donner une attention particulière à la malade dont nous allons raconter l'histoire.

(1) *Annales Médico-Psy.*, n° 2, juillet 1935.

(2) Sur certaines modifications de l'hypophyse après une lésion du centre infundibulaire, régulateur de la fonction génitale, *Revue Française d'Endocrinologie*, n° 5, 1935.

Il s'agit de la malade, T... Suzanne, âgée de 46 ans, qui fut amenée dans le service avec le diagnostic de dépression mélancolique.

Antécédents hérédocollatéraux : Dans la famille on ne connaît pas de cas de maladies nerveuses ou mentales, ni d'autres maladies chroniques, syphilis ou tuberculose. Son père âgé de 71 ans et sa mère âgée de 72 ans, sont encore bien portants.

Antécédents personnels : La malade dit n'avoir eu aucune maladie contagieuse ni aucune affections chroniques (syphilis t. b. c., etc.).

Elle est mariée pour la deuxième fois ; de son premier mariage elle a une fille, maintenant âgée de 28 ans, mariée, qui a présenté aussi un état dépressif ayant duré deux semaines. Cette affection était due à une insuffisance ovarienne et fut guérie complètement par le traitement. Pas d'autres enfants ni d'avortements.

L'année passée, après une opération de lithiase rénale, la malade a commencé à maigrir d'une manière impressionnante et en même temps s'est installé un état de dépression. Les troubles mentaux sont plus accusés depuis un mois seulement. Depuis deux mois : aménorrhée.

Examen physique : Les téguments sont pâles, rugueux, les muqueuses blafardes, état asthénique et réduction impressionnante du pannicule adipeux. Taille : 1 m. 47, poids 33 kgr. Le diamètre antéro-postérieur du crâne est de 16 ; le diamètre transverse est de 13 ; l'indice céphalique est de 81, type brachicéphale. Les cheveux sont rares et fragiles, le visage pâle, les reliefs osseux sont tous proéminents, la boule de Bichat est fondue.

Le front est convexe : la hauteur sur la ligne médiane est de 8 cm. Les éminences frontales et les arcades sourcillères paraissent plus proéminentes à cause de la réduction du pannicule adipeux. La peau du front et du visage est ridée. Les sourcils sont rares surtout dans le tiers externe, signe d'Hertoghe positif. La distance entre les deux yeux est de 2 cm.

Les yeux sont exophtalmiques, allongés, les conjonctives sont très pâles, l'iris est verdâtre, les pupilles sont égales et à contour régulier.

Le nez est droit, pyramidal, long de 5 cm., les narines sont minces avec des ailes légèrement retroussées, le filtre nasal accentué. Les sillons naso-labio-géniens profonds. Les os malaires et zygomatiques sont en relief.

La bouche est petite, les lèvres sont minces, pâles. La distance naso-labiale est de 2 cm. Les dents sont en très mauvais état. Au maxillaire supérieur et au maxillaire inférieur, nous ne trouvons que 4 dents et même celles-ci n'opposent aucune résistance et peuvent être extraites facilement. Les gencives sont tuméfiées et saignent aux plus petits attouchements. On sent une odeur fétide et d'acétone. La voûte palatine est excavée. Le menton est petit. Les oreilles sont grandes proportionnellement au crâne. L'aspect général est celui d'un visage décharné, squelettique, vieilli précocement. Le cou est plutôt long, la hauteur est de 14 cm. La circonférence au niveau de la glande

thyroïde est de 25 cm. Le corps thyroïde n'est pas palpable. Les reliefs musculaires des sternocléido-mastoldiens sont évidents ainsi que le cartilage thyroïde.

Le thorax est dégarni, et le gril costal est proéminent. Les glandes mammaires sont atrophiées. La peau des seins est rugueuse, peu élastique et ridée. La cavité thoracique est étroite. Rien à noter à la colonne vertébrale.

La longueur du sternum est de 15 cm., la largeur est de 3 cm. Le diamètre biacromial est de 24 cm. La circonférence au niveau de la quatrième côte est de 69 cm. Le diamètre antéro-postérieur à ce même niveau est de 15 cm., le diamètre transverse est de 21 cm. La capacité thoracique est de 3.600 cm³.

L'abdomen est excavé. La graisse abdominale même de l'hypochondre est absente. La peau est rugueuse, ridée et pendante.

La longueur xypho-épigastrique est de 8 cm. La longueur pubo-épigastrique est de 21 cm. Le diamètre antéro-postérieur hypocondriaque est de 12 cm. Le diamètre transverse hypocondriaque est de 20 cm. Le diamètre biiliaque est de 24 cm.

La capacité abdominale supérieure est de 1.920 cm³

La capacité abdominale inférieure est de 6.048 cm³

La capacité abdominale totale est de 7.968 cm³

Les membres sont décharnés et cyanosés. Les téguments présentent les caractères décrits ci-dessus.

Le membre supérieur est long de 54 cm. Le bras est long de 31 cm., la circonférence est de 15 cm. La longueur de l'avant-bras est de 25 cm., la circonférence dans le tiers supérieur est de 17 cm., dans le tiers inférieur est de 14 cm. La circonférence de la main est de 18 cm. La longueur est de 9 cm., la longueur du pouce est de 5 cm. 1/2, celle du médius est de 7 cm.

La longueur du membre inférieur est de 77 cm. La longueur de la hanche est de 48 cm. La circonférence au niveau du tiers moyen est de 28 cm. La longueur de la jambe est de 40 cm. La circonférence au niveau du tiers supérieur est de 22 cm. La circonférence au niveau du tiers inférieur est de 17 cm. La longueur du pied est de 23 cm. La circonférence est de 22 cm.

Les ongles des pieds et des mains ne présentent pas de troubles trophiques.

La valeur des membres d'après Viola est de 131.

Examen psychique : L'état de dépression s'est aggravé à la suite de l'amaigrissement et de l'anorexie. La malade est orientée dans le temps et dans l'espace. Elle présente un délire hypocondriaque ; elle affirme surtout n'avoir plus d'estomac et par conséquent ne plus pouvoir manger, « son sort est jeté, elle doit mourir pour expier les fautes des autres ».

Tout le temps elle garde son lit en gémissant. Parfois elle quitte le lit en proie à des angoisses, croyant que sa fille se trouve enfermée dans les autres chambres. Nous fûmes obligés de la gaver.

Système nerveux : Rien à noter en ce qui concerne les nerfs craniens. Les réflexes photomoteur et d'accommodation sont présents. Les pupilles sont égales et à contour régulier. Les réflexes tendineux aux membres supérieurs et inférieurs sont légèrement exagérés. Les réflexes cutanés et le réflexe de Babinsky ne présentent aucune anomalie.

Hyperesthésie cutanée subjective.

A l'examen de la sensibilité et l'examen des sens, rien d'anormal.

Examens des appareils : Le cœur n'est pas augmenté, on ne trouve pas de souffles. Pouls 96. Réflexe oculo-cardiaque 96/112. La tension artérielle avec l'appareil de Pachon est de 6,5-7 Maximum, 4-5 Minimum.

Rien d'important à l'appareil pulmonaire.

Appareil urinaire : Diurèse, 1.100 gr. La densité de l'urine est de 1.013. On ne trouve pas d'albumine ni du sucre ou d'autres éléments pathologiques. Chlore 5,20 0/00. Urée 11,92 0/00. Dans le sédiment on trouve des cellules de desquamation vésicale, de rares leucocytes et des sels amorphes.

Appareil génital : Aménorrhée depuis 5 mois. L'examen des hormones sexuelles dans l'urine, fut trouvé négatif pour l'hormone ovarienne et l'hormone de lutéinisation. L'hormone hypophysaire gonadotrope fut trouvée en excès.

Examen du sang : Globules rouges : 3.320.000 ; globules blancs : 10.000. Hémoglobine 86 %. Formule leucocytaire : Polynucléaires neutrophiles 69 %, mononucléaires grands et moyens 15 %, lymphocytes 16 %. La cholestérinémie fut de 1,97 0/00, après deux mois de 1,31 0/00, la glycémie est de 0,97 0/00, la calcémie fut de 0,125 0/00. L'urée du sang fut de 0,64 0/00. Le Meinicke fut trouvé négatif. Dans le liquide céphalo-rachidien, les réactions de la syphilis furent négatives. Globuline, albumine, leucocytes : négatif. Tension au manomètre de Claude : 7.

La constitution de la malade est asthénique.

L'examen somatique, ainsi que les autres faits nous permettent de supposer qu'il existe une insuffisance ovarienne, hypophysaire et surrénale.

En résumé il s'agit d'une malade de 43 ans qui, à la suite d'une opération (lithiase rénale ?) a commencé à maigrir. En même temps la famille a constaté que la malade devenait déprimée et aménorrhéique. Amenée à l'hôpital l'amaigrissement a augmenté et la malade a présenté un délire hypocondriaque. Comme suite à ce délire, nous fûmes obligés de la gaver en même temps que nous avons essayé un traitement ovarien, insulinique et hyperchlorurant. Grâce à cette thérapeutique nous avons pu maintenir la malade en vie. La malade a commencé à se nourrir elle-même, mais elle ne présentait aucune augmentation de poids, au contraire elle maigrit encore de 1 kgr. 1/2. Nous avons pensé à un syndrome de Simmonds et nous avons soumis notre malade à un traitement avec des extraits de lobe antérieur

d'hypophyse (Physolan Egger 500 u.s.). Jusqu'à maintenant la malade a reçu 30 injections. L'état de la malade s'est amélioré, elle a pris de l'embonpoint. L'état psychique s'est amélioré aussi, la malade s'intéresse à sa famille, elle peut quitter le lit, se tenir debout et demande qu'on la laisse partir à la maison, visite les chambres du service, se promène et entre en conversation avec l'entourage. Le diagnostic de maladie de Simmonds nous fut suggéré par l'amaigrissement, l'hypotension, l'aménorrhée, ainsi que par les autres symptômes présentés par la malade.

Nous reproduisons la photographie récente.

Dans notre cas existe-t-il quelque rapport entre le syndrome de Simmonds et la dépression mélancolique, ou c'est une simple coïncidence ?

Avant de répondre à cette question nous croyons que ce serait intéressant de rapporter quelques cas semblables.

Ainsi un cas intéressant est celui de Richtenheim (1934) 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 Simmonds fruste. L'auteur, en administrant le Preloban, a 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.

Charles William Dunn (1936) rapporte le cas suivant qui concerne une jeune fille de 13 ans. Le diagnostic de maladie de Simmonds fut posé après l'observation des symptômes caractéristiques suivants : installation brusque de la maladie chez une jeune fille complètement bien portante auparavant, diminution rapide du poids du corps, arrêt subit des règles après une menstruation régulière depuis plus d'une année, atrophie des organes sexuels primaires et secondaires (chute des poils du pubis et atrophie des mamelles) hypotension, vertige, cyanose et sensation permanente de froid dans les extrémités, asthénie mentale et physique, modifications dermiques (chute généralisée des poils, sécheresse de la peau, pigmentation, manque de transpiration), des symptômes psychiques (irritabilité, troubles de caractère, mélancolie), céphalalgie, anorexie et douleurs gastriques. Il faut souligner surtout les périodes de dépression qui ont été très proches d'une psychose mélancolique. Un traitement intensif avec l'extrait de lobe antérieur d'hypophyse associé à de larges doses d'hormone folliculaire ont fait disparaître les symptômes les plus alarmants.

G. Massara a observé une jeune fille de 17 ans avec infantilisme où le rôle de l'insuffisance antéhypophysaire était évident.



L'aspect de la malade était infantile avec développement insuffisant du squelette, pannicule adipeux très réduit, peau et muqueuses décolorées, seins non développés, poils très rares, par-

ticulièrement ceux de la région du pubis et pas encore réglée. En outre elle présentait fréquemment de la migraine, de l'asthénie, des états de dépression et de l'irritabilité. Dans ce cas aussi nous attirons l'attention sur l'état psychique de la malade.

Dans le même ordre d'idées nous croyons qu'il est intéressant de rappeler le cas de A. Kufs (1915) qui concerne un malade avec méningite basale à cysticerques et cysticerque dans l'hypophyse, associé à une psychose dépressive grave.

Dans le *Traité d'Endocrinologie* de Lucien, Parisot et Richard dans la cachexie hypophysaire, on note: l'hébétude avec faciès immobile, inintelligent, la parole lente, hésitante et les fonctions intellectuelles très diminuées.

Dans le traité de J. Bauer dans la même maladie, l'auteur signale avoir rencontré régulièrement des altérations psychiques, la paresse intellectuelle, l'apathie, la diminution de l'intelligence et de la mémoire, parfois aussi on a noté des états hallucinatoires.

Les quelques faits que nous avons apportés démontrent que l'association d'une insuffisance du lobe antérieur de la glande hypophyse et des troubles mentaux, surtout des états dépressifs, n'est certainement pas une simple coïncidence.

Nombreux sont les auteurs qui ont publié des cas de mélancolie où une hypofonction ovarienne fut notée et où le traitement adéquat eut des résultats heureux. Or, on connaît le rôle de l'antéhypophyse dans le développement et la régulation de la fonction ovarienne. Il est très probable que dans certains cas il y a insuffisance de l'hormone hypophysaire gonadotrope. Il est possible que dans certaines mélancolies seulement des troubles métaboliques comme l'anorexie et l'amaigrissement soient de nature pituitaire. Récemment certains auteurs ont obtenu de bons résultats avec le traitement hypophysaire dans des états d'anorexie.

L'importance de cette glande dans le métabolisme hydrique, des hydrates de carbone, des lipides, etc., fait supposer qu'elle ne reste pas étrangère, surtout dans les états psychosiques où il existe des modifications importantes, dans l'état général de l'organisme. Il est certain que l'hypophyse joue alors un rôle secondaire et ne peut être considérée comme la cause déterminante de ces psychoses.

Dans un autre ordre d'idées il faut rappeler que, d'après Zondek, le métabolisme du brome est réglé par le lobe antérieur de l'hypophyse, or, d'après le même auteur, ce métabolisme est troublé dans les psychoses affectives.

Tout récemment, Parhon, Kreindler et Weigl à l'occasion d'un syndrome psychasthénique avec hyperhypophysie ont discuté aussi le rôle de l'hypophyse dans les états cénesthopathiques des malades. D'après C.-I. Parhon, les troubles psychiques ne sont pas rares dans les cas d'hyperhypophysie où ils se présentent, surtout sous forme dépressive et psychasthénique. Mais on observe aussi parfois une tendance à l'excitation psychique dans le sens maniaque (auto-appréciation exagérée, nombreux projets de travaux littéraires, etc.).

Les cas cliniques, ainsi que les considérations que nous avons exposées plus haut, mettent en relief l'importance de la glande pituitaire dont l'étude dans les psychoses où l'on trouve des troubles métaboliques importants doit fixer l'attention des psychiatres.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAUER (J.). — *Fiziologia, Patologia et Clinica de la secreciones internes*. Madrid, 1929.
 2. CAHANE (M.) et CAHANE (T.). — Considérations sur un cas de syndrome infundibulo-tubérien avec mélancolie. Peut-on parler d'une mélancolie d'origine diencéphalique ? *Ann. Médico-Psych.*, n° 2, juillet 1935. *
 3. DUNN (Charles-William). — Report of a case of Simmonds disease. *The Journal of nervous and mental disease*, n° 2, 1936.
 4. LUCIEN, PARISOT et RICHARD. — *Traité d'Endocrinologie. L'hypophyse*. Doin, Paris.
 5. MASSARA GIULIO. — *Rev. de Prog. Thérap.*, n° 6, juin 1936.
 6. PARRON, KREINDLER et WEIGL. — Syndrome psychasthénique et hyperhypophysie. *Ann. Méd. Psych.*, n° 3, mars 1936.
 7. RICHTZENHEIM (W.). — *Therapie der Gegenwart*, 1934, n° 7, p. 302.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 10 Décembre 1936

Présidence : M. René CHARPENTIER, vice-président

PRÉSENTATIONS

Syndrome de Cotard atypique,
par MM. J. CAPGRAS et G. DAUMEZON.

On sait que le délire de négation chronique succède habituellement à un ou plusieurs accès de mélancolie anxieuse. On l'a observé dans la folie circulaire où quelquefois il se maintient mais plus souvent s'efface pendant la période maniaque. On sait aussi que Kræpelin considérait l'anxiété comme un état mixte maniaco-dépressif. Il nous a paru intéressant de vous présenter une mélancolie sénile dont la psychose d'involution a donné naissance à un syndrome de Cotard qui, entre plusieurs autres particularités que nous signalerons, se manifeste épisodiquement par un état mixte.

Marie de M., divorcée, comtesse de T., 56 ans, femme de ménage, entre à Ste-Anne le 27 mai 1931 ; le certificat d'internement est ainsi conçu : « Présente un état de confusion mentale avec délire, trouble le repos des autres malades. » A l'Admission le Dr Simon certifie : « Etat mélancolique avec idées de damnation, gémissements bruyants, fièvre, souffle cardiaque. »

L'histoire de notre malade est particulièrement émouvante. Fille d'un châtelain du Sud-Ouest, elle reçut une éducation soignée, fut élevée dans le confort et le luxe jusqu'à l'âge de 20 ans. A cette époque, le père ruiné par des spéculations malheureuses, la famille s'effondre ; Marie part en Russie comme institutrice, professeur de piano et de français. Au bout de 6 ans, elle revient en France et épouse un homme de son rang, le comte de T. Mais sa situation est moins solide que brillante, c'est un dévoyé alcoolique, après 8 ans de mariage la séparation est prononcée en faveur de Mme de M. Trois enfants sont nés, deux fils et une fille, tous de santé chétive, et leur mère travaillera à faire des ménages pour les élever sans parvenir à leur donner l'instruction correspondante à leur origine. Le fils aîné, au début de la maladie, âgé de 24 ans, suspect de tuberculose, ouvrier plombier, est allé s'établir en province. La fille cadette est morte à 20 ans, tuberculeuse ; le fils puîné est entré dans un sanatorium.

Selon les renseignements fournis par le fils aîné, par la sœur qui est en religion, Mme de M. a supporté avec résignation les coups qui l'accablaient ; pieuse, sans excès de mysticisme, elle acceptait avec soumission les épreuves envoyées par Dieu. La maladie de son fils, survenue peu de temps après la mort de sa fille, avait cependant profondément affecté notre malade.

Dans la nuit du 1^{er} au 20 mai 1931, elle se lève, pleine d'anxiété, et supplie qu'on appelle un prêtre, prétendant qu'elle va mourir. Cette pensée de la mort va dominer la scène, la malade prie, supplie qu'on fasse venir le prêtre, elle voit le diable qui vient la chercher, et cette vision lui arrache des cris effrayants. A genoux, elle prie pour que Dieu lui pardonne ses péchés car elle va mourir. Amenée d'abord à l'hôpital St-Joseph, elle est ensuite transférée à Ste-Anne.

A l'arrivée dans le service, la présentation est celle d'une mélancolie présénile anxieuse, avec idées de damnation. En dehors des lamentations sur l'état de son âme, les paroles sont rares et difficiles, si bien même qu'on croit à une surdité qui, en fait, n'existe pas.

Le déficit paraît d'emblée bien plus profond qu'il n'est en réalité. Lorsqu'on lui demande une précision, elle répond d'abord : « Sœur Clotilde vous expliquera cela mieux que moi », puis lorsqu'on insiste : « Oh ! je ne sais pas », mais enfin donne le chiffre exact. On obtient ainsi, au bout d'un certain temps, quelques précisions. Elle sait qu'elle est dans un asile d'aliénés, mais le baptise St-André. Elle se rappelle quelques dates de sa vie, son voyage en Russie, son retour en France, la Guerre ; mais elle revient vite au thème de damnation. Elle va bientôt mourir et le diable s'emparera d'elle, déjà il la commande et lui a fait tirer la langue au médecin. Quelques auto-accusations : tout cela c'est parce que, en Russie, elle s'est laissée toucher par un jeune homme.

Préoccupations hypocondriaques : elle râle, elle étouffe, sa langue est sale, elle est affreuse, elle va mourir.

Lors des visites, la famille s'étonne de l'indifférence de la malade :

naguère encore uniquement préoccupée de la santé de ses enfants, elle ne demande pas de nouvelles de son fils, apprend sans émotion qu'il a dû être emmené à l'hôpital.

L'examen physique révèle une insuffisance mitrale qui paraît bien compensée, aucun signe d'atteinte neurologique, le sang et le liquide céphalo-rachidien sont normaux, la tension artérielle : 17-9 1/2, à l'entrée ; 11 1/2-9, à la quinzaine et depuis oscille entre ces chiffres.

Le tableau ne variera guère, mais la monotonie d'expression, l'improductivité vont peu à peu constituer un état qui d'emblée en impose pour un profond affaiblissement. Dans la seconde année de l'internement, apparition des idées de négation qui paraissent fugaces, que l'on ne rencontre qu'épisodiquement. De même, Mme de M. annonce par instant qu'un rat, dans son ventre, ronge ses entrailles.

C'est dans le courant de 1934 que les idées de négation s'installent pour ne plus céder. Elles semblent s'organiser autour d'une chanson, d'un refrain que la malade répète constamment en modifiant l'air, le rythme, le ton tantôt menaçant, tantôt désolé, tantôt coléreux : « Quand on existe pas, toute l'enfer est là. » Et les conceptions délirantes de négation semblent trouver là un point de contact avec les idées de damnation primitives.

Mme de M. passe actuellement ses journées couchée, à peu près immobile. Son masque exprime généralement une certaine souffrance, souvent accompagnée d'impatience et parfois de colère. La tête soulevée de l'oreiller et le regard scrute la salle. Tantôt la main est accrochée au nez, tantôt encore aux cheveux, plus souvent la malade se masturbe.

Lorsque le médecin entre on l'entend appeler à voix forte à plusieurs reprises comme pour demander secours : « Monsieur, Monsieur ! » ; elle s'arrête brusquement en secouant la tête : « Vous êtes ridicule à la fin » ; elle bougonne et sur un ton coléreux et plaintif nous dit : « Mais vous êtes ridicule à la fin, vous êtes grand, vous êtes grand comme tout, et moi je ne suis rien. »

Toutes ses idées de négation, elle les exprime spontanément ; cherche-t-on d'autres explications, elle garde le silence, hausse les épaules ou crie : « Merde ; foutez-moi le camp. » Et au bout de quelques minutes elle reprend vivement : « Et je n'ai qu'un nez », ou encore : « Je n'ai qu'une dent, une dent de lait et on l'a électrocutée. » Je m'appelle « zéro », elle répète à une vitesse accélérée : « Madame zéro, Madame zéro, Madame zéro, Mada..... », s'arrêtant brusquement au milieu du mot en secouant la tête, en haussant les épaules, comme si elle comprenait tout à coup la vanité de ses efforts.

Il est difficile, étant donnée la pauvreté des réponses, d'explorer l'étendue des idées de négation, la négation du corps est à peu près complète : « Je ne suis plus rien » ; à peine la malade admet-elle lorsqu'elle a son nez dans sa main : « Je n'ai plus qu'un nez ». Nous n'avons pu obtenir de réponses de la malade quant à sa mort, quant à

l'existence du monde extérieur ; cependant il semble qu'elle nous accorde une certaine réalité, et nous comparant à son inexistence elle nous déclare très grands, vraiment énormes... De même, elle dit : « Et pourtant le monde tourne toujours. »

La négation d'ailleurs paraît demeurer ACTUELLE. « Tout à l'heure j'étais dans ma baignoire et maintenant je ne suis plus rien. » Dans la plupart des expressions entre un facteur de comparaison : « Je ne suis pas plus comtesse que rien » qui paraît indiquer un mouvement hyperbolique dans les négations.

Souvent la malade extériorise des pensées obsédantes et anxieuses qui durent plusieurs jours, quelquefois des semaines. Récemment une baignoire fut installée au fond du dortoir. Mme de M. nous crie un jour : « Et je ne pousserai jamais les portes toute seule » ; le lendemain : « Vous n'allez tout de même pas croire que je vais voler cette baignoire de 120 millions de kilogs »..... « Mais, Monsieur, Monsieur, je ne pourrai jamais l'emporter »..... « Moi qui croyais que la locomotive allait m'aider »..... Ces exclamations successives recueillies en l'espace d'une semaine jettent un jour spécial sur le mode de pensée de notre malade qui paraît assez troublé.

Par instants des lambeaux du vieux délire mélancolique resurgissent dans le tableau clinique : « Je vais être jetée dans un puits », dit-elle. « Des serpents, des crapauds, des crocodiles, des chameaux, des dromadaires m'ont passé sur le corps ». Mais on note ici l'exposition au passé, le délire semble avoir perdu son caractère d'attente, du moins dans son expression verbale ; et la comparaison apparaît : « Ce n'est pas vous qui vous seriez laissé écraser comme moi. »

Telle est la présentation habituelle de notre malade, mais il n'est pas rare de voir son attitude tourmentée, son visage douloureux, son ton plaintif faire place à une allure goguenarde, à un sourire éclairant sa face édentée, à des gestes qui indiqueraient un jeu certain : nous nous penchons sur le lit et la malade nous aboie au nez, nous menace d'un coup de poing, nous tire la langue en grimaçant.

Un jour nous passons près d'elle, et c'est une remarque fine sur telle imperfection vestimentaire, puis bien vite elle se met à grimacer et fait mine de se mordre le doigt de toutes ses forces, la scène se termine par une déclaration de non existence. Un autre jour, alors qu'on la conduit à la garde-robe, nous surprenons Mme de M. en train de danser la bourrée du pays natal, scandant ses saltations de « La, la, la » enjoués, puis elle s'arrête brusquement et profère un « Je n'existe pas » désespéré. Il y a quelque temps, en allant au bain, danse et déclaration d'inexistence coexistaient et se muaient tout à coup en un trépignement furieux.

Il nous est arrivé à diverses reprises d'aborder notre malade sur un ton calme, tranquille, non interrogatoire, de lui raconter quelques épisodes de sa vie. Tout d'abord elle hausse les épaules, nie de la tête, fait une moue de mépris et de dédain, mais quelquefois ajoute un détail, précise une date, rectifie une indication erronée.

Tel est le tableau clinique présenté par cette malade. Il permet de porter le diagnostic de psychose d'involution présénile développée, quelques années après la ménopause, chez une cardiopathe dont toute la vie n'a été qu'une longue souffrance après une série de malheurs familiaux et conjugaux suivis d'une déchéance sociale progressive : élevée dans l'opulence d'un château, obligée de s'expatrier après la ruine des siens, mariée ensuite à un noble ivrogne, elle a sombré dans la plus noire misère. Ajoutons en outre dans cette étiologie, la possibilité d'un facteur endocrinien, en raison de l'action particulièrement élective et efficace du somnothyrid sur l'agitation.

Cette psychose présénile se manifeste par un *syndrome de Cotard* d'évolution classique ; accès initial de mélancolie anxieuse, idées de culpabilité, puis idées de damnation, enfin idées de négation et d'énormité ; seules manquent encore les idées d'immortalité.

Ce syndrome s'accompagne d'un affaiblissement intellectuel évident, peut-être plus profond en apparence qu'en réalité, mais qui, par certains signes, permet d'émettre l'hypothèse d'une schizophrénie tardive. On constate en effet chez cette malade des stéréotypies nombreuses, verbales et kinétiques, du maniérisme, des barrages se traduisant par des arrêts brusques au milieu d'une phrase ou même d'un mot, des discordances et des ambivalences dans son comportement. On la voit par exemple simuler un refus énergique de manger, protester contre cette alimentation, injurier la personne qui la nourrit, la frapper de petites chiquenaudes, mais, en même temps, ouvrir la bouche et avaler gloutonnement la bouillie qu'on y introduit. Peut-être pourrait-on se demander s'il n'y a pas chez elle une part de théâtralisme ou de pithiatisme, comme on l'a signalé chez certains mélancoliques. Par moment, en effet, ses déclamations semblent s'exagérer quand elle se sait observée, encore que, le plus souvent, elle s'enferme dans un mutisme obstiné, interrompu seulement par des mots ou des gestes d'impatience.

Mais ce qui, cliniquement du moins, paraît certain, c'est que depuis l'apparition des idées de négation, à l'état prédominant de dépression mélancolique, s'associent des éléments d'excitation maniaque. L'affirmation de la non-existence, jointe à un reliquat d'idées de damnation, s'est faite sous la forme d'un refrain rythmé, sur un timbre de voix généralement grave et sans anxiété. Puis sont venus des aboiements subits, des grimaces, des gestes vifs qui donnent l'impression d'un jeu, d'une taquinerie, enfin des danses et des chants. L'humeur habituelle-

ment triste ou indifférente devient souvent coléreuse et parfois enjouée. Par intervalles, à vrai dire de courte durée, dans ses répliques plaisantes ou grossières, dans ses déclamations, dans ses gesticulations, la malade se montre nettement hypersthénique. Et cette hypersthénie survient inopinément, épisodiquement, sans retentir nullement sur le délire de négation qui persiste tout en prenant quelquefois un aspect quelque peu ludique. Le jour où « Madame Zéro » nous dit : « Je n'ai qu'une dent de lait électrocutée », et cela sans rire, du ton le plus sérieux, était-elle sincère ou raillait-elle ? Vraisemblablement, elle se jouait de nous. Il y a donc chez cette malade non pas succession, mais coexistence d'un syndrome mélancolique et d'éléments maniaques. On peut dès lors attribuer à ce *syndrome de Cotard* la valeur d'un état mixte maniaco-dépressif.

M. René CHARPENTIER. — La malade que viennent de nous présenter MM. Capgras et Daumézon pose des problèmes très intéressants. Ces auteurs, avec une réserve justifiée, la considèrent comme un syndrome de Cotard « *atypique* ». Avec toute la prudence que l'on doit avoir après une rapide présentation, on peut même se demander s'il s'agit là réellement d'un syndrome de Cotard. L'état maniaque aujourd'hui si caractéristique, le caractère même des idées de négation exprimées, l'absence de négation du monde extérieur, l'absence d'idées d'immortalité, d'idées mégalo-mélancoliques et de ce délire d'énormité, à vrai dire inconstant mais si caractéristique, justifient en particulier bien des réserves.

En effet, on trouve des idées de négation ailleurs que dans le syndrome de Cotard. Le fait même que ces idées soient consécutives à un état anxieux ne suffit pas à établir le diagnostic. Je rappellerai que notre regretté collègue Raymond Mallet a décrit sous le nom d'« obsessions de négation » des états, auxquels son élève, Charles Berlioz, a consacré sa thèse inaugurale et qui, consécutifs à un état anxieux, présentent à l'état d'ébauche bien des éléments du syndrome de Cotard.

Dans le cas de MM. Capgras et Daumézon, l'état anxieux préexistant à l'état maniaque est un véritable état mélancolique et non un état psychasthénique comme chez les malades de Mallet et Berlioz, mais les obsessions sont également un symptôme fréquent des états de psychose périodique. J'en ai rapporté avec Deny, en 1909, au Congrès de Nantes (page 196), des cas qui furent considérés comme très démonstratifs. Or, il est frappant de constater qu'à l'origine des idées de négation de la ma-

lade de MM. Capgras et Daumézon, idées de négation qui persistent dans la phase maniaque, se trouve en 1934 un rythme musical à caractère obsédant que je n'ai pour ma part jamais rencontré dans un vrai syndrome de Cotard.

D'autre part, ces sentiments d'étrangeté, de dépersonnalisation, qui conduisent, en particulier, à l'idée de négation, sont très intéressants à étudier. Raymond Mallet les considérerait comme un trouble de la « synthèse organo-psychique ». Il y a lieu de rappeler que M. Berlioz et, dans un travail récent, M. Tchehrazi, utilisant les travaux de Henri Head sur le « schéma postural », de Paul Schilder sur le « schéma corporel », de Ludo van Bogaert sur l'« Image de Soi », de Lhermitte et de ses élèves sur l'apraxie, ont tendance à placer les modifications du schéma corporel à la base des hallucinations cénesthésiques, de l'hypochondrie et des idées délirantes de négation. Si ces conceptions récentes sur les conséquences psychiatriques du trouble de l'image de soi se vérifiaient, elles seraient de nature à éclairer d'un jour nouveau la physio-pathologie d'états psychopathiques analogues à celui qui vient de nous être présenté. Leur étude mérite en tous cas d'être poursuivie et il m'a paru utile de les rappeler à propos de la très intéressante malade présentée par MM. Capgras et Daumézon.

**Un cas de contracture hystérique guérie au bout de 29 ans,
par MM. Xavier ABÉLY et FRETET.**

La malade que nous vous présentons, actuellement âgée de 57 ans, était atteinte depuis 29 ans d'une contracture de type hystérique, que nous sommes parvenus à guérir. L'un de nous a déjà obtenu quelques heureux résultats dans des cas de ce genre en s'appuyant sur une doctrine et sur une technique que ces guérisons paraissent justifier. Nous devons donc, avant d'expliquer notre méthode, débiter par une profession de foi : Nous croyons que nombre de symptômes hystériques sont des symptômes simulés dans un but utilitaire, intéressé. Le mobile affectif, qui les guide, est souvent puissant, bien localisé, et explique la fixité de l'accident hystérique. Bien entendu, cette réaction de simulation consciente d'un état pathologique implique une mentalité spéciale. Nous nous gardons de généraliser, mais nous tentons l'essai de cette doctrine chaque fois que nous sommes en présence d'un symptôme hystériforme.

Notre malade est atteinte de faiblesse, de débilité physique et

psychique. Elle a eu une jeunesse malade ; elle a peu fréquenté l'école et apprenait avec difficulté. Elle présente actuellement encore une déficience manifeste de tous les processus psychiques élevés. Tous les malades de ce genre, à des degrés plus ou moins marqués, ont une insuffisance mentale généralisée que l'on peut caractériser ainsi : puérilité du jugement et du raisonnement ; volonté de type inférieur, se traduisant par l'insuffisance de la délibération et par l'entêtement ; affectivité égoïste corrélative de la débilité des sentiments sociaux. C'est ce qui explique le désarroi intellectuel et affectif de ces anormaux devant les difficultés sociales qui leur paraissent insurmontables ; leur sentiment de faiblesse devant un monde puissant et hostile ; leur défaut d'adaptation et la pauvreté de leurs conceptions et de leurs moyens de défense. De là leurs réactions simplistes, typiques chez tous les êtres faibles, mal armés pour la lutte, qui consiste à se réfugier dans l'opposition passive, dans le repli défensif, dans la maladie. De là encore leur obstination à se maintenir dans la position prise, leur résistance irréductible, la crainte et la honte de la confession ; l'impossibilité d'étaler au grand jour un motif intéressé qui n'est pas avouable.

La première recherche à effectuer est donc la découverte subtile du mobile affectif, de la difficulté sociale, dont on n'obtiendra jamais l'aveu direct.

Notre malade avait déjà présenté, à l'âge de 8 ans, une chorée hystérique, survenue dans les circonstances suivantes : le père brutal frappait souvent son enfant ; un jour, dans un mouvement de colère, il avait blessé la fillette, qui avait eu une assez abondante hémorragie. Il faut noter que l'enfant avait été témoin d'une chorée survenue chez une petite voisine. Le résultat du refuge dans la maladie choréique fut excellent. Le père honteux ne battit plus la fillette. Les heureuses conséquences de cette expérience ne devaient pas être oubliées. Le père continuait à se montrer brutal à l'égard de sa femme et, même, abandonna le domicile conjugal, laissant sans argent la mère et l'enfant, qui, certains jours, n'eurent rien à manger. Le père revint, mais à chaque instant menaçait de repartir. C'est dans cette atmosphère de drame familial et dans cette crainte quotidienne de manquer brusquement de ressource que vivait la jeune fille. Elle savait, d'autre part, que, malade et n'ayant fait aucun apprentissage, elle était incapable de gagner sa vie. Le terrain était donc tout préparé pour un nouvel accident hystérique. Un jour, étant montée sur une table pour réparer un tuyau de poêle, elle fit un faux pas et semble avoir réellement eu une entorse légère du genou. Tout de suite l'incident prit des proportions extrêmes ; l'impotence de la jambe devint absolue ; la malade fut

alors envoyée dans un service de chirurgie de l'hôpital St-Antoine, où le genou fut momentanément immobilisé. Au bout d'un mois et demi, aucune amélioration ne s'était produite. C'est alors qu'intervint un curieux mélange de suggestion personnelle et de suggestion externe. La mère, bizarre elle-même et de tempérament revendicateur, protesta contre le mode de traitement appliqué et porta plainte contre le médecin de St-Antoine ; elle tenait sa fille au courant de ses démarches. Il semble d'ailleurs qu'elle ait été poussée par un voisin assez influent qui ne réussit pas à faire inquiéter le chirurgien, mais qui obtint par la suite l'inscription de la malade à l'assistance aux infirmes. C'était le secours permanent que désiraient tant la mère et la fille. Le symptôme hystérique était désormais fixé. Cependant le diagnostic d'hystérie était porté à St-Antoine et la malade était passée dans le service du Dr Labbé. Là furent essayés des traitements psychothérapiques divers et aussi le torpillage avant la lettre, c'est-à-dire une électrothérapie douloureuse qui aboutit même, prétend la malade, à des lésions de brûlure. Notre hystérique se défendit à sa façon, sous forme de crises de nerfs, et même, au cours d'une crise, l'appareil électrique fut détérioré, de sorte que l'on dut abandonner le traitement. Aucune de ces thérapeutiques ne donna d'ailleurs de résultat. La malade fut alors transférée à Ste-Anne. Elle fut gardée à l'Admission pendant 15 jours où elle fut examinée et traitée par le Dr Magnan et le Dr Simon. Elle fut enfin envoyée à Maison-Blanche, dans le service du Dr Lwof où elle resta 4 mois et fut remise en liberté.

Voici les certificats de l'époque :

Certificat de transfert à l'asile Ste-Anne, 14 déc. 1907 :

Hystérie avec crises. Signé : Dr Labbé.

Certificat immédiat, 15 déc. 1907 :

Est atteinte d'hystérie, attaques accompagnées de troubles intellectuels, hémiplégie et hémianesthésie droite. Signé : Dr Magnan.

Certificat de quinzaine, 30 déc. 1907 :

Est atteinte d'hystérie avec tendances mélancoliques par intervalle. Hémiplégie droite. Signé : Dr Simon.

Certificat immédiat de Maison-Blanche, 1^{er} fév. 1908 :

Hystérie avec contracture du membre inférieur droit. Hémianalgésie droite ; pas de troubles intellectuels en ce moment. Signé : Dr Lwof.

Certificat de quinzaine de Maison-Blanche, 16 février 1907 :

Hystérie avec contracture du membre inférieur droit. Emotivité.

Certificat de mise en liberté, 10 juin 1908 :

Pas d'idées délirantes ; peut être rendue à sa mère. Signé : Dr Lwof.

On le voit, cette hystérie possède les titres de noblesse les plus authentiques puisque certifiés par les sommités médicales les plus compétentes. Fait intéressant, les certificats montrent que la malade avait d'abord étendu son infirmité et présentait à certains moments une véritable hémiplégie. Puis, se ravisant sans doute, elle a exploité

un symptôme plus commode qui la ramenait à son point de départ : la contracture de la jambe droite. La malade est d'ailleurs devenue, très rapidement, fort habile à se servir de ses béquilles.

Ceci se passait donc il y a exactement 29 ans. Depuis lors, le symptôme hystérique n'avait pas varié. L'explication de cette ténacité est fort simple : le mobile affectif a gardé toute sa puissance ; il est même devenu plus impérieux après la mort du père survenue il y a déjà longtemps et surtout après la mort de la mère qui possédait une petite rente. Notre hystérique n'a pu subvenir à ses besoins que grâce à son infirmité, dont on peut dire qu'elle était pour elle d'un intérêt vital.

En octobre 1936, Mlle B. a été internée et est entrée dans notre service pour un état confusionnel qui était cette fois tout à fait légitime. La malade, comme beaucoup de ces déséquilibrées, ignore l'art de régler ses dépenses et ayant employé une somme, importante pour elle, afin d'orner la tombe de sa mère, était restée plusieurs jours sans manger. L'état confusionnel s'est rapidement dissipé. Notre attention est surtout attirée, alors, par cette bizarre ankylose ou contracture qui ne paraît répondre à aucune lésion articulaire ou neurologique. Notre malade tient son membre inférieur dans une parfaite rectitude, en une légère position antérieure. Nous remarquons que, dans les essais de flexion de la jambe sur la cuisse, nous obtenons une résistance volontaire très nette, marquée par une contraction intense des muscles antagonistes. Une première anesthésie montra que, dans la narcose, l'extension de la jambe cède avec la plus grande facilité ; on observe de plus que, dès que la malade reprend contact avec le monde extérieur et se rend compte de la modification de position de son membre, elle rectifie aussitôt son attitude, avec un dépit évident. Il était donc certain que toute thérapeutique persuasive, autoritaire ou coercitive, serait ici destinée à un échec certain ; les essais antérieurs ne faisaient que confirmer cette opinion.

Nous résolûmes donc d'appliquer une technique que l'un de nous a pratiquée à plusieurs reprises depuis plus de 10 ans et qui avait réussi dans des cas analogues.

Le mobile affectif étant découvert, il fallait d'abord résoudre la difficulté sociale qui était à la base de ce symptôme. C'est la première étape et la plus essentielle. Toute méthode qui la négligerait serait vouée ici à l'insuccès le plus certain.

Je me suis donc assuré auprès de la Mairie compétente qu'à l'aide d'une attestation médicale, confirmant que la malade ne peut se livrer à aucun travail, on lui permettrait de conserver tous ses secours, même après la disparition de sa contracture. Par l'intermédiaire de l'assistante sociale de l'asile de Villejuif, je suis à peu près sûr de pouvoir obtenir quelques subsides supplémentaires. J'ai fait part de cette certitude à la malade, lui apportant des attestations convaincantes et renouvelant à de nombreuses reprises l'assurance de ce que j'avançais.

La deuxième étape consiste à instituer un véritable traitement du symptôme comme s'il s'agissait d'une lésion réelle. La thérapeutique la plus active et la plus rapide nous a paru être la simulation d'une opération. Cette méthode n'a nullement pour but de créer une suggestion que nous savons parfaitement illusoire. Elle part d'un tout autre principe : le médecin ne doit pas hésiter à jouer, auprès du malade, le rôle de dupe. Ce point est aussi capital que la solution du conflit affectif. Il faut tenir le plus grand compte de la résistance du malade à reconnaître le but utilitaire qu'il poursuit. D'une part, il ne faut jamais lui laisser entendre qu'on soupçonne sa supercherie ; on doit éviter absolument de paraître établir un lien entre le motif intéressé et le symptôme hystérique. D'autre part, on permet ainsi au malade de sortir honorablement de son état pathologique. L'excellence du résultat prouve ici encore la valeur de la méthode. Nous avons été heureux de nous trouver sur ce point en parfait accord avec Achille Delmas et son élève Trubert et avec Codet. Nous citons volontiers leur opinion : « Il faut laisser le sujet dans la conviction, disent Delmas et Trubert, que l'accident qu'il imite correspond bien à un accident connu et classé, qu'il est admis comme tel par le médecin... et que celui-ci est aussi certain de la réalité du trouble que de son intervention. » « Même s'il a le désir conscient d'évoluer, écrit Codet, il y a pour l'hystérique quelque chose de très douloureux à s'avouer vaincu. Il convient de lui fournir l'occasion de renoncer à son symptôme sans exiger de lui une telle humiliation. » En somme, durant cette technique, le médecin doit faire preuve de plus d'habileté que d'autorité.

Telles sont les directives principales. Cependant, comme nous craignons toujours la persistance d'un doute dans l'esprit du malade, ou d'une résistance insoupçonnée, nous utilisons, outre l'emploi de l'anesthésie, un moyen matériel de démonstration de la guérison. C'est ainsi que nous avons appliqué un plâtre sur le genou de la malade pour lui prouver la certitude de la flexion désormais acquise en fixant le membre dans cette position.

Nous tenons encore compte d'autres facteurs, à la vérité accessoires, mais qui ne sont pas négligeables : Les moyens de brutalité tels que le torpillage sont, comme l'a dit Baruck, « déplorables pour le malade et pour le médecin ». Jamais d'ailleurs ils ne pourront, à eux seuls, guérir un symptôme hystérique fixé par un mobile affectif de quelque importance. Mais il n'est pas inutile d'user d'un procédé quelque peu désagréable. La

crainte d'être anesthésié une deuxième fois représente un de ces éléments favorables, surtout lorsqu'on laisse entendre au malade que l'opération se fera en plusieurs temps, si le résultat n'est pas totalement obtenu en une première intervention.

Enfin il ne faut pas oublier d'exploiter le sentiment de vanité si répandu chez ces malades. Il ne faut pas manquer d'user d'un procédé thérapeutique quelque peu théâtral et impressionnant (1). C'est un nouveau motif pour employer la méthode opératoire que nous avons pratiquée avec mise en scène préalable et anesthésie au chlorure d'éthyle. Après l'opération, il faut enfin flatter l'amour-propre de l'hystérique, en lui affirmant qu'il s'agit d'un véritable prodige thérapeutique, que son cas et sa cure sont remarquables et feront l'admiration de tous.

C'est par cette technique que nous avons pu, en un temps très court, faire marcher et courir cette malade qui, depuis 20 ans, était une infirme obligée d'user de béquilles, et qu'aucun traitement n'avait pu guérir.

Nous avons pu réaliser, dans le silence des services médicaux d'asile, un de ces miracles qu'en d'autres milieux on aurait entouré d'une publicité bruyante.

M. GOURIOÛ. — Pour qu'un tel traitement ait eu du succès, il faut que la malade soit une grosse débile mentale. Mais tous les hystériques n'ont pas cette débilité. Ma méthode à l'égard de ces malades est toute autre. Au lieu de leur faire croire que je suis la dupe de leur simulation, je me mets carrément dans leur logique. Je discute avec elles, et je leur concède ce qu'elles affirment, quand j'y vois le moyen d'arriver à la guérison. C'est ainsi qu'une femme, ancienne malade du Dr Tinel, avait été guérie par le torpillage lors d'un accès antérieur de troubles fonctionnels, prétendait ne pouvoir être guérie d'une nouvelle récurrence que par le torpillage, et encore par le torpillage exercé par le même Dr Tinel. J'accédai à son désir. Je l'envoyai chez notre confrère qui la torpilla et elle en revint guérie.

Tous les hystériques ne sont pas aussi aisément accessibles à la suggestion que cette débile mentale. Témoin un hystérique de guerre fameux, sur lequel plusieurs maîtres de la neurologie échouèrent et qui, au lieu de guérir, se jeta dans la Seine et se noya.

(1) Nous tenons à remercier nos aides, MM. Widart et Priolet, dont les qualités chirurgicales, si elles n'étaient pas insoupçonnées, se sont du moins brillamment révélées à cette occasion.

M. COURBON. — Les troubles à caractères fonctionnels auxquels les auteurs différents donnent le même nom d'hystérie, sont de pathogénies essentiellement différentes. Et il est absolument illusoire de prétendre généraliser à tous les cas la thérapeutique qui a réussi dans l'un d'eux.

J'ai présenté ici le 12 juillet 1934 une femme de 50 ans, qui, loin d'être mythomane, vaniteuse, revendicatrice ou débile mentale, était d'une intelligence au moins égale à la moyenne d'une moralité infiniment supérieure, mais d'une humilité et d'une émotivité extrêmes. Depuis son enfance, elle était affligée d'une invalidité des membres inférieurs qui avait résisté aux thérapeutiques médicales, chirurgicales et même miraculeuses, puisqu'un pèlerinage à Lourdes où l'avait conduite sa foi ardente, avait échoué. Elle guérit complètement en quelques semaines de rééducation et de mécanothérapie, suivant la méthode de Sollier. N'ayant plus de famille, elle resta, sur sa demande, à l'asile où elle fut la plus précieuse, la plus dévouée, la plus laborieuse des auxiliaires, frottant le plancher, soignant et nettoyant les malades gâteuses avec un zèle d'apôtre. Elle mourut près de 2 ans plus tard, au pavillon de chirurgie où on l'avait transportée pour polypes urinaires. Nous ne nous étions dupés ni l'un ni l'autre. Et il n'en avait coûté d'autre dépense que celle de 2 heures de mon temps, quotidiennement employées à la rééduquer pendant quelques semaines.

M. René CHARPENTIER. — Le cas de MM. Xavier Abély et Frézet est particulièrement remarquable. On peut même s'étonner d'une guérison obtenue si rapidement après une évolution clinique d'une durée de près de 30 ans. Cela, non seulement à cause de l'habitude morbide qui s'établit et crée un état d'esprit permanent bien difficile à vaincre après une si longue durée, mais aussi à cause des troubles physiopathiques constamment observés après des attitudes beaucoup moins longtemps conservées. Le fait que cette malade n'en présentait pas est en faveur du diagnostic de simulation intermittente et volontaire.

Pour obtenir la disparition de ces états, il faut toujours fournir aux malades une « porte de sortie » qui lui permette de mettre fin honorablement à une comédie au moment où elle leur devient à charge. Beaucoup de ces sujets considérés comme des hystériques ou comme des simulateurs ont un fond de débilité mentale. Et suivant les cas comme suivant son degré, la débilité mentale est tantôt un bon élément, tantôt un obstacle à la thérapeutique par suggestion ou par persuasion.

Mais il faut faire des réserves sur le procédé employé pour pré-

parer les conditions extérieures à la cure. S'il est manifeste que, dans le cas particulier, il a grandement facilité le résultat, il n'en est pas moins vrai que son application présente le grand danger de donner un très mauvais exemple et que sa généralisation pourrait devenir une véritable prime à la simulation.

M. GUIRAUD. — On ne peut pas contester l'effet de la méthode de M. Abély, car cette femme a une marche complètement normale. Mais une telle méthode, qui consiste à accepter le rôle de dupe de la part d'une malade qui veut tromper le médecin, à se faire l'avocat de ses revendications, est désastreuse au point de vue économique. C'est en effet une prime à la simulation, car il est incontestable que cette malade simule. Il est à craindre qu'une telle méthode fasse naître des épidémies d'hystérie, plutôt qu'elle ne la fasse disparaître. De plus, est-ce vrai que toutes les hystériques soient des simulatrices ?

M. Xavier ABÉLY. — Je crois qu'en effet il ne faut pas généraliser cette méthode. Mais elle est à utiliser dans certains cas comme celui-ci. Je ne dis pas qu'il faille être la dupe véritable des malades. Il faut simplement faire semblant de l'être pour leur permettre de sauver la face, comme disent les Japonais.

**Uxoricide par échec du suicide collectif conjugal
d'un alcoolique, par MM. P. COURBON et J. CHAPOULAUD.**

Le meurtre est malheureusement assez fréquent au cours de l'accès d'alcoolisme délirant. Et l'uxoricide n'y est pas exceptionnel. Si le cas que nous présentons nous a paru mériter de retenir quelques instants l'attention, c'est à cause non du fait lui-même mais des circonstances dans lesquelles il s'est accompli.

L'uxoricide dont il s'agit n'est que la réussite incomplète d'un suicide collectif conjugal qui, lui-même, fut la première manifestation psychique d'une intoxication alcoolique jusque-là inaperçue. L'auteur est un brave ouvrier de 53 ans, honnête travailleur, bon père et excellent époux malgré l'habitude quotidienne des apéritifs. Brusquement atteint d'onirisme anxieux, il poignarda dans la nuit de la journée où avaient éclaté les troubles mentaux sa femme et se poignarda lui-même pour échapper à leurs ennemis. Elle en mourut quelques jours après. Lui s'en tira rapidement et plus rapidement encore se dissipèrent en moins d'une semaine, les troubles mentaux faisant place au chagrin de la catastrophe irréparable.

B..., âgé de 53 ans, est né en 1883 à Bagnolet et n'a cessé d'y résider ; d'abord manœuvre, est cantonnier depuis 17 ans à l'entière satisfaction de son employeur. S'est marié en 1908, avec une de ses voisines qui était épileptique, dont il a eu deux fillettes. Après ses accouchements sa femme était devenue très triste, à tel point qu'il dut la faire interner en 1912, d'abord à Ste-Anne, puis à Maison-Blanche. A placé ses enfants en nourrice pour pouvoir s'occuper de sa femme et la reprendre, ce qu'il fit malgré l'avis du médecin traitant. Chez lui il l'a soignée de son mieux, faisant lui-même la cuisine et le ménage, supportant avec patience la mauvaise humeur et les extravagances de cette aliénée. C'est à cette époque qu'il aurait commencé à s'adonner à la boisson : café arrosé matin et soir, apéritifs fréquemment, et au moins 2 litres de vin rouge quotidiennement, sans jamais être en état d'ivresse. C'est ce qu'il avoue, et que confirment ses voisins de la maison qu'il habite depuis 8 ans, voisins qui font l'éloge de son calme, de sa douceur et de sa fidélité conjugale. Réformé pour affection cardiaque, il n'a pas fait la guerre. En 1932, a eu une hématomé-abondante ; hospitalisé, aurait été soigné pour un ulcère à l'estomac. A sa sortie, peu à peu a repris ses anciennes habitudes. En 1934 fut très affecté par le décès d'une de ses filles atteinte d'une pleurésie purulente. Malgré un régime et du gardénal, l'état de sa femme s'aggravait, allant nécessiter un nouvel internement. Il en était de plus en plus attristé, car il lui avait promis de ne jamais la remettre dans un asile.

Le samedi 4 juillet 1936, il partit comme d'habitude à son travail, mais pendant tout le chemin il se sent poursuivi par des quolibets : « voilà la mouche », « c'est lui qui débîne les copains », il entend chanter sa messe des morts devant un débit de vin de la rue de Noisy-le-Sec. Les quolibets ont continué pendant toute la journée et le soir en rentrant entend des menaces : « le voilà, on va le sonner, le voilà, on va le viser ». Chez lui il prépare le repas, entendant toujours qu'il allait claquer, qu'on allait l'avoir le soir. A peu mangé, a fait marcher la T.S.F., puis s'est couché, attendant ceux qui le menaçaient. Avait des cauchemars avec de mauvaises visions, de nombreuses petites bêtes tels que rats, crapauds. Entendait un de ses voisins qui voulait le tuer avec un fusil : il était « la mouche ». Convaincu de ne pouvoir échapper à ses ennemis et redoutant leur méchanceté, il propose à sa femme de mourir avec lui. Sur son refus, il se pend au pied de son lit. La ceinture casse. Il se relève et mettant à exécution sa première idée il poignarde le sein de sa femme de deux coups de son couteau de poche, puis se frappe lui-même de trois coups dans la région sous-mamelonnaire gauche.

Entendant les voisins qui, alertés par les gémissements de la blessée, frappent à la porte, il va leur ouvrir, puis se recouche tout sanglant à côté de sa victime en l'embrassant. Police-Secours arrive et emmène les deux époux à l'hôpital Saint-Antoine où la femme mourut 8 jours après, mais d'où le mari, après un pansement, est transféré à l'Infir-

merie Spéciale du Dépôt. A son entrée, le 8 juillet, dans le service du Dr Courbon, il est subfébrile : 37°8, déprimé et presque muet. Spontanément il n'adresse la parole que pour demander des nouvelles de sa femme, anxieux d'apprendre sa mort, car il se rend compte qu'il a été la proie d'un cauchemar. Si elle est morte, il sait ce qu'il aura à faire, et cette fois ne se ratera pas. Il a recouvré sa mémoire. Il se rappelle la scène tragique et les hallucinations terrifiantes. Tout cela était imaginaire. Maintenant il n'entend et ne voit plus rien. Jamais il n'a eu d'ennemis véritables.

Cyanosé et subictérique, il présente de grosses hémorragies conjonctivales, prouvant la gravité de la tentative de sa pendaison. Trois plaies superficielles de la région thoracique gauche de 2 cm. au niveau du mamelon, nécessitant des agrafes. Il se plaint de crampes dans les mollets et de pyrosis. Ses réflexes tendineux sont faibles. Il n'a que peu de tremblement. Sa tension voisine la normale. L'auscultation cardiaque ne montre aucune lésion orificielle. Un orthocardiogramme met en évidence un gros cœur. Sa langue est saburrale, son foie n'est ni gros, ni douloureux, ses urines contiennent des traces de sucre. Son Bordet-Wassermann est négatif. Ses antécédents héréditaires nous apprennent le suicide par pendaison de son grand-père paternel.

Sous l'influence d'un régime et de cholagogues, l'état a continué à s'améliorer. A chaque visite des siens, il demandait longuement des nouvelles de sa femme, s'inquiétant de sa convalescence. Depuis le début d'août sa conduite est normale. En octobre, il a appris par le Dr Courbon la mort de sa femme, en a eu un profond chagrin ; a réussi à le vaincre néanmoins, redoublant de zèle dans sa conduite patiente, serviable et dévouée. On l'a chargé de rééduquer un aveugle paranoïaque dont il réussit toujours à supporter la mauvaise humeur. C'est un auxiliaire précieux des infirmiers. Au parloir, il est plein d'affection pour sa fille et son gendre qui ont hâte de le reprendre, mais qui redoutent avec raison, non pas tant la récurrence de ses habitudes de buveur que la mise à exécution du suicide auquel lui fait penser le chagrin de la mort de sa femme.

Deux points sont à retenir de cette histoire : d'abord l'éclatement soudain d'un accès délirant à réactions meurtrières au cours d'une alcoolisation qui, datant de longtemps, paraissait devoir respecter le psychisme ; ensuite la forme de suicide collectif conjugal que revêtit ce premier accès délirant.

Voyons le premier point. Les meurtres commis par les alcooliques en état de délire ont généralement été précédés pendant des années de troubles mentaux de plus en plus graves qui marquent les étapes de la déchéance du sujet. Nous en présentons un cas dans une séance prochaine de la Société. Depuis longtemps, lorsqu'il devient criminel, l'alcoolique a attiré l'attention de l'entourage par l'irritabilité de son humeur, l'impul-

sivité de ses actes, le relâchement de sa tenue, l'immoralité de sa conduite. Il a eu maille à partir avec ses voisins, ses fournisseurs, ses patrons, la justice. Il a été le héros de maints scandales ; rixes, ivresses ou de maints délits. Son crime n'éveille pas grande surprise chez les gens qui le connaissent, « ça devait finir comme ça », disent les spectateurs.

Notre malade au contraire jouissait de l'estime et de la sympathie de tout le monde. Il travaillait depuis 17 ans dans le même emploi avec régularité et ne s'arrêta que le matin même du drame qui eut lieu la nuit. Il vivait depuis 8 ans dans le même immeuble en excellent accord avec tous les autres locataires. Il était pour sa femme infirme un mari plein de patience et de sollicitude, faisant lui-même le ménage.

Or, malgré cette bonne conduite, il s'adonnait depuis longtemps à la boisson. Jamais on ne le vit ivre ; mais tous les matins il prenait un café arrosé d'un petit verre, buvait deux apéritifs par jour sans compter le vin des repas. Et cette lente imprégnation alcoolique avait produit des troubles physiques qui, à l'heure actuelle, n'ont pas tous disparu. Il fut soigné à l'hôpital pour gastrite et menaces d'ulcère il y a 4 ans. A son arrivée à l'asile, on notait une langue saburrale, du tremblement, un subictère, des traces de sucre dans les urines.

Un tel respect du cerveau par l'alcool est exceptionnel. On le constate néanmoins quelques fois. Certains cirrhotiques, par exemple, meurent sans avoir présenté de troubles mentaux. Mais en eût-il été de même s'ils eussent survécu ?

La résistance du psychisme de notre malade à l'agression alcoolique mérite donc d'être signalée. Et cela d'autant mieux que deux facteurs autres que l'alcool eurent un rôle étiologique : d'une part les chagrins par la mort récente d'une fille et par la maladie de la femme menacée d'internement ; d'autre part une atteinte de grippe légère.

Voyons maintenant le second point. Cette tragédie sanglante d'un suicide collectif conjugal est surprenante à première vue de la part d'un homme aux mœurs paisibles, comme celui-ci. Elle stupéfia tous ceux qui le connaissaient.

En réalité, elle n'est pas étonnante car il faut redouter le suicide dans tous les états mentaux à base d'anxiété. Ici l'anxiété avait une double origine : d'abord l'alcool, ensuite les chagrins dont nous venons de signaler l'importance.

Il convient de signaler à cette occasion que si les idées, si les envies de suicide se rencontrent dans les syndromes anxieux, il en est dans lesquels l'exécution de l'intention n'a jamais lieu.

Pour qu'un individu réalise l'idée qu'il a de se suicider, il faut, comme s'est efforcé de le démontrer l'un de nous, l'existence chez lui d'une condition particulière, inhérente à sa constitution (1). Cette condition est souvent difficile à identifier avant l'atteinte de la maladie génératrice d'anxiété. Mais elle peut être soupçonnée quand elle est héréditaire. C'est le cas de notre malade, dont un grand-père s'est suicidé. On sait en effet avec quelle fatalité, parfois implacable, se transmet d'ascendant en ascendant, ce genre de mort.

M. GOURIOU. — Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est que d'après le récit qu'il vient de nous faire lui-même, ce malade a réagi comme un mélancolique, au cours d'un accès onirique hallucinatoire. Il a voulu entraîner sa femme avec lui dans le suicide, pour échapper aux dangers dont son anxiété alcoolique lui faisait croire qu'il était menacé.

M. René CHARPENTIER. — Le malade vient de dire nettement que s'il a tué sa femme avant de tenter de se tuer lui-même, c'est pour qu'elle ne soit pas sans secours et malheureuse après sa mort. L'internement imminent de sa femme succédant à la mort récente de sa fille, légitiment d'ailleurs l'état de dépression chez un sujet lui-même petit-fils d'un suicidé.

En fait, bien que — comme souvent — l'acte ait été commis sous l'influence de l'alcool, le mécanisme de l'acte est donc bien celui de l'homicide-suicide mélancolique. L'intoxication alcoolique et sa poussée subaiguë en fut cependant la cause déterminante et occasionnelle.

Diagnostic clinique et examen anatcmique d'un cas de maladie de Pick, par MM. P. GUIRAUD et Henri EY.

L'atrophie cérébrale se manifestant par des troubles caractéristiques décrits par Pick n'est pas seulement, comme on le dit parfois, une trouvaille d'autopsie. Le diagnostic avec la maladie d'Alzheimer, comme le fait remarquer Caron dans sa thèse, est cependant assez difficile. L'étude soignée du tableau clinique permet toutefois de faire assez facilement le diagnostic. C'est ainsi que le cas que nous présentons était mentionné par l'un de nous dans le rapport annuel de son service comme un cas

(1) COURBON. — La psychophysiologie du suicide. Le suicide non pathologique. *Annales Médico-psychologiques*, 1934, tome II, p. 384.

de maladie de Pick, diagnostic que l'examen anatomique a confirmé. Tel est le premier intérêt de notre observation.

Nous soulignerons dans nos commentaires les quelques traits particuliers cliniques et anatomiques de ce cas.

OBSERVATION. — Mme W. a été placée à 63 ans dans une maison de santé de la région parisienne. Elle a été transférée à l'âge de 68 ans, en 1933, au pensionnat de l'Asile de Bonneval.

Antécédents héréditaires. — Sa mère a présenté des troubles mentaux et s'est suicidée à 60 ans.

Antécédents personnels. — Pas de maladies importantes. Caractère enjoué. Elle s'entendait très bien avec son mari. Elle n'a jamais été enceinte.

Début. — Vers l'âge de 60 ans, elle s'est montrée exaltée et bizarre. C'est son excitation croissante et désordonnée qui l'a faite placer en 1928, à l'âge de 63 ans, en maison de santé.

Etat à l'entrée dans le service. — Elle est arrivée faisant l'objet du certificat suivant : « Affaiblissement profond des facultés intellectuelles avec excitation psychique, propos diffus, incohérents, colères impulsives avec menaces, propos mégalomaniaques absurdes : « Je suis la grande dame, je suis juste, vous devez m'obéir... » Amnésie partielle. »

Le certificat de 24 heures rédigé par le Dr Picard est ainsi conçu : « Etat démentiel relevant de la sénilité, affaiblissement apparent profond des facultés intellectuelles. Décousu des propos. Incohérence et stéréotypies verbales. Verbigération. Salade de mots. Hypersthénie avec exaltation intellectuelle. Logorrhée incoercible. Syndrome de jeu avec maniérisme et hypermimie, attitudes lointaines ou puériles. Enoncé de thèmes mégalomaniaques absurdes. Sentiment de haute distinction. Autoritarisme. Négativisme. Canitie. Empatement de la base du cou. Pâleur tégumentaire. »

Le certificat de quinzaine, rédigé également par le Dr Picard, mentionne : « Démence sénile. Trouble fondamental des associations d'idées. Décousu des propos. Incohérence et stéréotypies verbales. Dyslalie. Excitation psychique et puérilisme. » Ajoutons que le puérilisme du comportement se manifestait par les soins qu'elle donnait à une poupée qu'elle ne quitta qu'au moment de sa mort en 1936.

En 1933 son comportement parut tout à fait étrange et stéréotypé. Elle tenait sa poupée qu'elle traitait comme un enfant, elle la couchait dans son lit, lui laissant la plus grande place, l'enveloppait toujours de son fichu. Dans la suite, elle se plaignait aux médecins que cette poupée, son enfant, ne grandissait pas parce qu'elle ne mangeait pas, mais elle disait cela très mal et en grande partie par signes. A ce moment elle désignait tous les objets par le mot « papier », tout était des petits papiers. Par moments, surtout à la fin de l'après-midi, elle tenait quelques petits discours à peu près incompréhensibles. Elle était cependant apte encore à donner quelques précisions sur son passé, sur

sa famille. « Moi, disait-elle, toujours une maman, toujours restée avec ma maman. Quand un beau Monsieur bien, bien distingué était venu, avait payé de belles robes, de belles fleurs, une belle chambre rose, tout bien beau, bien riche... Moi quitté Maman ». Lorsqu'on allait la voir dans sa chambre elle offrait une chaise, présentait « un plateau à musique » que son mari lui avait offert, elle le montait, le posait à terre et écoutait en battant la mesure pendant que son visage prenait des expressions vives. Elle manifestait sa joie de cette musique, disant qu'elle l'aimait bien parce qu'elle « faisait bien douce... bien douce... bien douce... ». Lorsqu'on allait la chercher pour se mettre à table, il fallait l'amener de force, mais aussitôt qu'elle apercevait ses compagnes à table, elle éprouvait une grande joie et courait à sa place en envoyant des baisers à la Sœur qui était allée la prendre. Elle asseyait son petit « enfant » à table et essayait de le faire manger. Lorsque quelques-unes faisaient du bruit, elle se levait, criant plus fort que les autres et faisant semblant d'être fâchée. Elle les appelait, disant qu'elle était « la grande femme », « la distinguée », « la grande autoritaire ». Un jour elle s'emporta, menaçant de « faire mourir tout le monde », mais se détournant, elle ajouta tout bas avec un sourire malicieux : « Je dis que je les ferai mourir, mais je ne leur ferai pas de mal... »

En 1934 le comportement s'est stéréotypé davantage. Le jeu avec la poupée s'est vidé : elle la trimbalait partout comme un objet quelconque sans « jouer » avec elle. Le vocabulaire s'est restreint pour ne se réduire qu'à ces seuls phonèmes : « Comme ça... comme ça... comme ça » qu'elle répétait en guise de questions et de réponses, en variant de ton. Le *visage est devenu inexpressif*, amimique, figé, le regard terne, les traits flasques. L'affabilité est devenue constante, sans variations. Turbulence itérative et sans direction. Malpropreté. Elle a commencé à ce moment à prendre ses matières et à se barbouiller.

Le 22 décembre 1934 nous avons noté un ensemble de troubles qui nous ont fait penser à la *maladie de Pick*.

Comportement. — Fait sa toilette toute seule. Va aux cabinets mais gâte souvent. Il faut la diriger pour s'habiller. Depuis quelque temps elle s'intéresse moins aux autres. Elle reconnaît sa chambre. Elle manifeste beaucoup d'affection aux Sœurs et à une malade qui s'occupe beaucoup d'elle. Elle mange seule mais s'embrouille, elle verse le contenu de son assiette dans une autre. Elle tient toujours sa poupée dans ses bras, la cache sous son lit.

Langage. — Répétitions palilaliques continuelles. Kyrielle éternelle : « Comme ça... comme ça... comme ça... » Par intervalles elle mêle à ces phonèmes les suivants : « Moi faire, moi faire comme ça... comme ça... comme ça... », etc., etc., ou encore : « charrette... famille... », mais c'est « comme ça... comme ça... » qui est la formule à peu près exclusive qui lui sert à désigner les objets, à répondre aux questions, à demander quelque chose. Elle bavarde d'ailleurs tout le temps si on peut appeler bavardage cette sempiternelle itération verbale dont elle

module cependant les expressions de façon très variée... Elle ne paraît rien comprendre aux ordres qu'on lui donne. Ses journées entières se passent dans des litanies itératives paraissant vides de toute charge sémantique.

Fausse reconnaissance. Fabulations délirantes. — Elles se sont beaucoup effacées depuis son entrée, cette disparition témoignant de la réduction considérable de son activité psychique et spécialement imaginative.

Ordonnance des actes. — Elle peut encore s'habiller, avoir des gestes et des attitudes correctes. Les actes automatiques ou du moins très automatisés persistent mais *tendent à se répéter et à se raréfier*. Il est impossible de faire exécuter des épreuves pour étudier les fonctions praxiques. On note un geste réflexe *de préhension des objets* qu'elle voit.

Affectivité. — Très douce, affectueuse, mais sans sentiments nuancés. Parfois coléreuse. On lui arrache la poupée et on la jette par la fenêtre. Elle proteste par le ton ou module des reproches, des récriminations sur l'éternelle et unique formule « comme ça... comme ça... », puis elle oublie, prend des objets autour d'elle et redevient d'humeur égale.

Examen somatique et neurologique. — Cet examen est à peu près impossible en raison de la turbulence de la malade, de son opposition, de ses réactions motrices désordonnées. Notamment nous n'avons pas pu l'ausculter ni encore moins prendre sa tension artérielle. Nous avons pu nous rendre compte cependant qu'il n'existait *aucun trouble des réflexes cutanés ou ostéo-tendineux*. La marche était correcte. Les pupilles en myosis, les téguments très pâles, le faciès atone donnent l'impression de troubles brightiques. Ajoutons enfin que cette femme était d'une stature assez forte et de type athéno-longiligne. Son maintien était particulier, le *tronc en flexion*, presque soudé, mais sans troubles de la marche ni hypertonie ni tremblement.

Le liquide céphalo-rachidien ne présentait pas de troubles notables. Albumine : 0,25. Pandy et Bordet-Wassermann négatifs. Cytologie : 2 éléments. Benjoin : 00000.02210.00000.

Dans le sang le Bordet-Wassermann et le Meinicke étaient négatifs.

Au cours de l'année 1935 on a assisté à une réduction encore plus notable de son activité dans le sens d'un rétrécissement de plus en plus marqué des actes, du vocabulaire, de la mimique. Nous l'avons vue un jour du mois d'août, durant une après-midi très chaude, assise sur son fauteuil, enfouie sous un énorme édredon et répétant sans cesse son litanique « comme ça... comme ça... comme ça... ». Le dessous de plat à musique égrenait ses notes monotones et quand il cessait la malade sortait de son automatisme itératif pour entrer dans un cycle stéréotypé à peine plus vaste : elle se levait, remontait le plat à musique, se rasseyait et attendait le moment de le remonter. De barbouilleuse elle est devenue à cette période coprophage. Par moments simple variation du thème stéréotypé de son comportement : elle envoyait des baisers.

Son poids est passé progressivement de 67 kg. 500 en mars 1935 à 52 kg. en janvier 1936.

En mars 1936 elle s'est cachectisée et est morte de broncho-pneumonie le 27 mars 1936.

Autopsie. — *Poumons* : œdème considérable avec foyers congestifs disséminés. Adhérences pleurales à droite.

Cœur : dégénérescence graisseuse du myocarde. Poids 250 gr. Valvule mitrale légèrement sclérosée.

Foie : gros, type « muscade ». Poids 1.540 gr.

Reins : petits, sclérosés.

Cerveau : poids 980 gr.

Les hémisphères sont sensiblement égaux.

1° Nous devons souligner dans ce cas un *antécédent héréditaire* qui n'est pas sans importance : la mère de notre malade s'est *suicidée* à l'âge de 60 ans. Régis a insisté sur ce fait qui nous paraît très important : le rôle des facteurs héréditaires dans les états psychopathiques de la vieillesse. On connaît l'opinion de la plupart des auteurs (cf. la thèse de Caron) qui voient dans l'atrophie cérébrale de type Pick une affection dégénérative. En dehors des raisons anatomiques, on a invoqué les faits de transmission dégénérative. Les deux frères de *Grünthal* (1930) viennent de trouver récemment leurs homologues : les deux sœurs de *Braünnühl et Leonhart* (*Zeitschr. f. d. ges. Neuro ind. Psych.*, 1934, tome 150, p. 209 à 241). Ces auteurs ont rapporté deux cas étudiés anatomiquement de deux sœurs frappées à 29 ans et à 30 ans et mortes 3 et 4 ans après. Leur mère, morte à 34 ans, aurait été atteinte également, mais sans preuves anatomiques. Sans être aussi démonstratif, notre cas est à rapprocher de celui de Thorpe (1932) dont le père était atteint lui-même de démence sénile et de celui de Guiraud, Le Cannu et Caron, dont le père s'était également suicidé.

Un autre point que nous devons mettre en évidence c'est l'*aspect schizophrénique* qui précède et parfois accompagne encore « le désert démentiel » caractéristique. Le comportement de notre malade avec ses bizarreries, ses stéréotypies, son activité de jeu, ses manières, son négativisme, son puérilisme succédant à une phase de délire mégalomaniacal avec incohérence verbale ont donné un caractère spécial à ses troubles. L'observation que nous venons de mentionner et que nous devons à *Braünnühl et à Leonhart* est particulièrement intéressante à ce sujet. L'âge peu élevé de leurs malades et le tableau clinique ont imposé le diagnostic de démence précoce. Peut-être y a-t-il lieu d'attirer spécialement l'attention sur certaines schizophrénies

tardives à évolution rapidement démentielle qui pourraient bien être des manifestations authentiques d'atrophies de type Pick. L'un de nous a déjà soutenu que certaines formes basses de maladie d'Alzheimer pouvaient être prises pour des catatonies tardives.

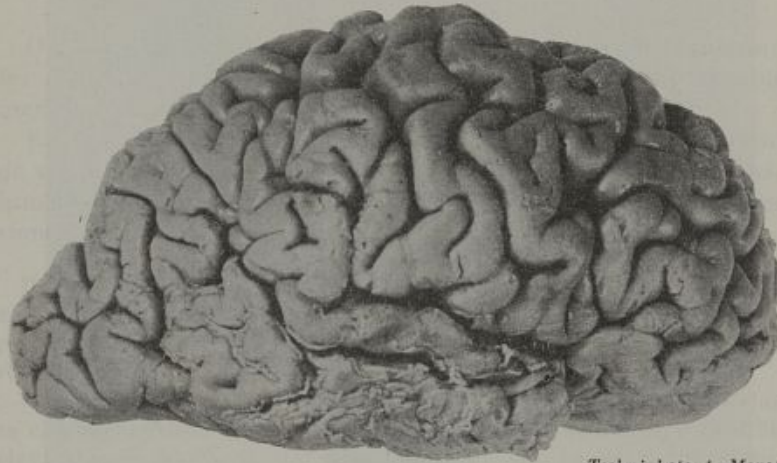
Enfin, un dernier point mérite d'être noté : c'est l'importance des répétitions verbales. Il s'agissait bien dans ce cas de véritables *stéréotypies verbales* avec ce que ce terme comporte, comme l'un de nous l'a souligné spécialement, de trouble global du comportement. Il ne s'agit pas dans ce cas de simples palilalies ou itérations verbales dont le type se rapproche des logoclonies de la maladie d'Alzheimer, il s'agit d'une réduction progressive du comportement qui s'est concentré sur des formules idéo-motrices de plus en plus étroites. C'est d'ailleurs ce rétrécissement de l'activité psycho-motrice, lequel gagne en répétitions stériles ce qu'il perd en variations adaptées, qui est le symptôme le plus caractéristique, celui qui a pu faire le diagnostic.

2° *Examen anatomique.* — Il s'agit d'une maladie de Pick à localisation temporale caractéristique. Le lobe frontal, surtout dans sa partie orbitaire, est également atteint d'atrophie, mais incomparablement moins que le lobe temporal. La photographie de l'hémisphère gauche est préférable à une description détaillée ; la première temporale seule est à peu près bien conservée, mais les temporales II et III sont réduites au minimum.

Une particularité à signaler est l'adhérence de la pie-mère au tissu cérébral sous-jacent. L'extirpation de la pie-mère nécessaire pour constater l'atrophie de circonvolution est rendue très difficile dans les régions les plus atteintes, lobe temporal, partie inférieure du lobe frontal et antérieure du lobe occipital. Avec la pie-mère, on arrache obligatoirement une partie de la circonvolution. Sur notre photographie, on peut constater des vestiges de pie-mère adhérente dans les sillons entre les circonvolutions.

L'examen histologique montre bien les détails de cette particularité. Il y a d'abord épaissement de la pie-mère. Elle est constituée par d'épaisses lames collagènes avec de nombreux noyaux de fibroblastes sans aucun élément inflammatoire (ni lymphocytes, ni plasmocytes). L'adhérence avec le tissu nerveux est complète, la ligne de démarcation des deux tissus, facile à voir par la méthode de V. Gieson, est festonnée et irrégulière. Il y a non seulement adhérence mais aussi dissociation

de la circonvolution. Sur les coupes à la celloïdine, on constate que les couches I et II constituent une pellicule d'un demi-millimètre d'épaisseur, soudée à la pie-mère ; au-dessous, la zone correspondant à la III^e et à la IV^e couches est complètement désagrégée ; la V^e et la VI^e couches sont réunies à la substance blanche. Cette véritable dissociation lamellaire a été déjà signalée par Braünnühl dans le traité de Bumke. Faut-il y voir une prédominance lésionnelle correspondant à certaines couches suivant la théorie de la pathoclyse, ou plus simplement croire



Techniphoto A. Marot.

Maladie de Pick. — Forme temporale.

que les couches III et IV, étant moins riches en macroglie proliférée, sont plus facilement dissociées par la dégénérescence des cellules nerveuses ?

L'étude cytologique montre les lésions cellulaires habituelles à la maladie de Pick. L'intensité des lésions varie suivant les régions, mais même les circonvolutions d'apparence intacte sont plus ou moins atteintes.

Par la méthode de Nissl, les cellules nerveuses apparaissent ratatinées, le noyau est bien conservé mais le cytoplasme est granuleux, diminué de volume, et irrégulier de forme. Par la méthode de Bielschowsky, les neurofibrilles sont fragmentées, ondulées, et quelquefois réduites à des amas de granules. Dans les cellules volumineuses, la dégénérescence partielle granulo-graisseuse est fréquente. Nous n'avons jamais rencontré la

lésion cellulaire d'Alzheimer, caractéristique de la démence pré-sénile, qui porte le nom de cet auteur. Par contre, les plaques séniles ne sont pas rares (lobe frontal, temporal, cornue d'Ammon) mais elles sont toujours minuscules. Nous n'avons pas trouvé les sphérules argyrophiles intracellulaires décrites par divers auteurs dans la maladie de Pick. La macroglie intense prolifère intensément, particulièrement dans les couches super-



• Dissociation lamellaire de la substance grise (*Méthode de Loye*).

ficielles et profondes, et dans la substance blanche ; les cellules sont plus nombreuses et hypertrophiées comme le montre la méthode à l'or sublimé. Les vaisseaux présentent un épaissement de la paroi avec multiplication des cellules, surtout dans les artérioles et veinules de petit calibre. Il n'y a pas trace de réaction périvasculaire inflammatoire. Dans la substance blanche, on observe, çà et là, de petites plaques irrégulières de démyélinisation. Les fibres tangentielles ont disparu à peu près partout.

Les noyaux gris centraux, le cervelet, la protubérance, quoique présentant des lésions cellulaires analogues à celle de l'écorce sont sensiblement moins atteintes.

M. GOURIOU. — Dans une séance prochaine, je compte amener une malade qui, par certains points, se rapproche de la précédente. Elle est âgée de 50 ans, et, avec un manque absolu de spontanéité, fait preuve, si on l'interpelle, d'une adaptation rapide à la situation présente, ce qui lui donne l'aspect non d'une démente, mais d'une rêveuse.

Démence sénile avec méningiome latent,
par MM. GOURIOU et SCHERRER.

On parle assez souvent de tumeurs cérébrales évoluant dans les Asiles d'aliénés, caractérisées seulement par des troubles mentaux et dont le diagnostic n'est porté qu'à l'autopsie.

En fait, il est assez rare qu'aucun signe n'ait jamais permis de soupçonner un tel diagnostic que la tumeur soit restée absolument latente. C'est, cependant, ce que nous avons eu l'occasion d'observer chez une de nos malades :

Il s'agit d'une femme, Mme T. A., âgée de 82 ans, ancienne professeur de piano, vivant seule, dans un état de dénuement et de malpropreté extrêmes, sur les antécédents de laquelle on ne peut avoir aucun renseignement.

Elle a été trouvée, le 1^{er} janvier 1936, par des voisins, étendue dans sa chambre, peut-être à la suite d'un ictus ou d'une syncope possible, étant donné son état de dénutrition et ses troubles cardiaques. Comme elle présentait, depuis longtemps, aux dires des voisins, de l'affaiblissement sénile, elle a été transportée dans une fondation hospitalière. Mais, presque aussitôt, elle est dirigée sur le Dépôt, à cause de l'état d'excitation et d'agitation motrice qu'elle présente.

Certificat de l'Infirmier Spécial du Dépôt, 3 janvier 1936. — Est atteinte de démence sénile. Affaiblissement psychique. Amnésie. Désorientation. Incapacité de renseigner. Vie solitaire. Malpropreté sordide. Phtiriose grouillante. Mélanodermie parasitaire. Lésions de grattage. Paraplégie (?). Œdème des jambes. Examen physique impossible. Traitée pour cancer de l'utérus par le radium en 1920.

Admission à Ste-Anne, 4 janvier 1936. — Est atteinte d'affaiblissement sénile des facultés mentales et notamment de la mémoire, incapacité de se diriger, faiblesse des membres inférieurs, phtiriose et lésions de grattage, 38°. Peut être transférée.

Puis, elle est transférée à Maison-Blanche, immédiatement, dans le service du D^r Gouriou.

Immédiat, 8 janvier 1936. — Est atteinte de démence sénile avec fabulation vaniteuse, idées de préjudice ; désorientation ; ictus récent probable ; œdème cyanotique des pieds. Réflexe rotulien paresseux, surtout à gauche. A maintenir.

La malade est affaiblie, amaigrie, elle se présente comme une démence sénile avec turbulence et loquacité.

Elle est complètement désorientée et dans le temps et dans l'espace, les souvenirs anciens persistant dans une certaine mesure, mais sont assez souvent télescopés, les souvenirs récents sont effacés.

La malade compense ces divers déficits par une fabulation active, elle s'exprime facilement, a gardé de sa splendeur ancienne une certaine façade, un ton protecteur, une aisance sur laquelle l'adversité ni la maladie n'ont pu mordre.

Elle s'exprime comme si sa vie d'autrefois continuait : « Je suis venue ici pour me soigner d'un rhume, parce que j'y connais du monde, si je suis bien je resterai. »

« Je préfère ne pas rester ici, je viendrai de temps en temps. D'ailleurs, j'ai mes leçons, je veux sortir à 9 heures le matin, car j'ai à faire... »

Sa fabulation, son bavardage incessant, sont basés sur un stock de souvenirs anciens, sur l'exploitation des restes d'une ancienne grandeur relative :

« Je recevais beaucoup, je faisais beaucoup de réceptions, je pourrais vous protéger si vous voulez, je connais les docteurs de tous les hôpitaux. »

« J'étais l'élève des meilleurs professeurs de Paris. »

L'auto-appréciation est très marquée, les idées vaniteuses de richesse, de puissance, s'entremêlent aux idées de préjudice : « J'ai beaucoup de bijoux de mes filles, je pense les distribuer ici à ceux qui seront gentils pour moi... »

« Mon mari s'est enfui avec mon argent... »

Elle est absolument inconsciente de sa situation, de sa déficience intellectuelle et physique.

On ne note pas de fausses reconnaissances, pas de troubles psychosensoriels.

L'interrogatoire, pas plus que les épreuves classiques, ne montrent d'éléments aphasiques, mais l'attention est très difficile à fixer, tous les examens auxquels on veut soumettre la malade en sont entravés.

La démarche est incertaine, à petits pas ; la malade ne peut marcher sans aide ; cette impotence est aggravée, encore, par l'existence d'une plaie sous la plante du pied droit.

Il ne semble pas exister de séquelles d'une hémiplegie, la force musculaire est à peu près également diminuée des deux côtés, on ne relève aucun symptôme d'irritation de la voie pyramidale, les réflexes rotuliens sont très faibles, surtout à gauche.

La sensibilité est un peu obtuse aux deux membres inférieurs.

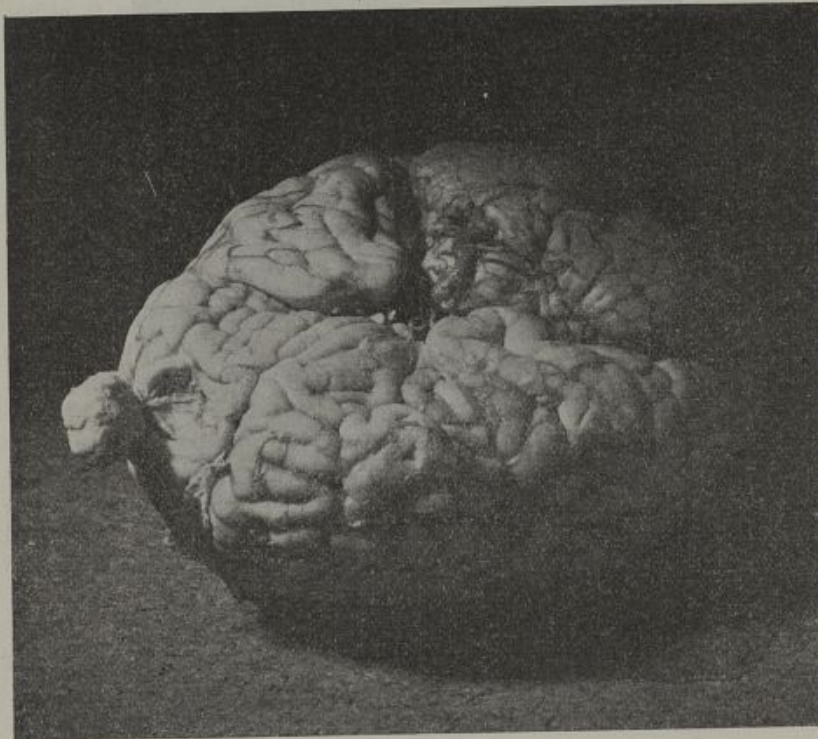
Les pupilles réagissent avec un peu de lenteur aux deux modes : lumière et accommodation, la cornée présente un cercle périkératique marqué.

Il existe un tremblement des doigts.

Le pouls est mal frappé, assez irrégulier, un peu rapide.

Le cœur est arythmique, les bruits en sont sourds, il n'existe pas de souffles orificiels.

L'auscultation pulmonaire montre quelques râles de bronchite et des signes de congestion aux deux bases.



Photographie du cerveau, vue inférieure.
La tumeur déforme la partie inférieure du lobe frontal gauche.

Le foie n'est pas perçu.

On observe dans le dos des lésions de grattage nombreuses.

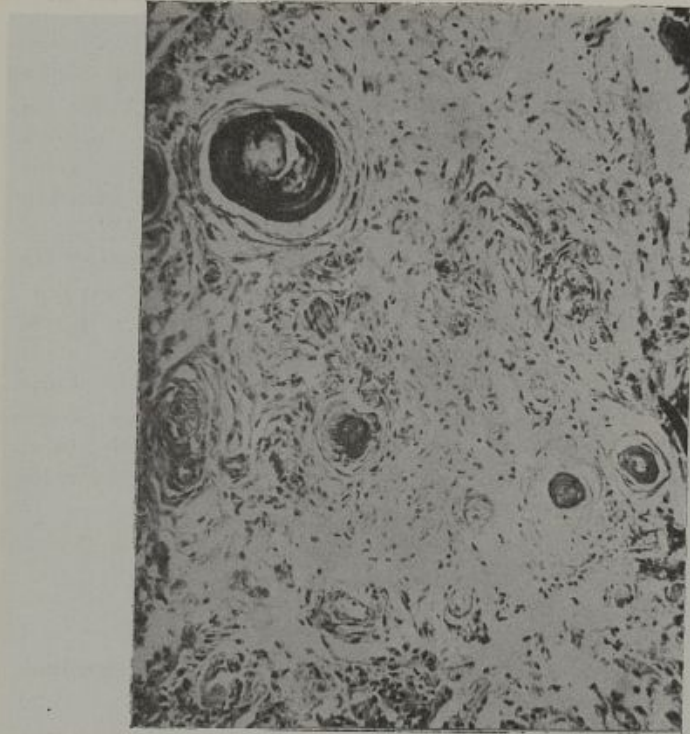
Les chevilles sont œdématisées, il existe un certain degré d'inflammation dans le voisinage de la plaie du pied droit.

La température est à 37°2.

Le lendemain, après une nuit calme, la malade, qui ne quitte pas son lit, présente une température à 37°7 ; l'après-midi, elle s'élève à 40°3, les signes de congestion pulmonaire augmentent et la malade meurt le 10 au matin d'une défaillance cardiaque, deux jours après son arrivée dans le service.

Autopsie. — Poumons œdémateux et congestifs, cœur mou sans lésions valvulaires, foie et reins congestifs, pas de sclérose appréciable macroscopiquement, utérus sénile sans trace de cancer guéri ou non.

L'extraction du cerveau cause une surprise : il existe, au niveau du pôle frontal gauche, une petite tumeur méningée arrondie, de la taille



Méningiome à calcosphérites (psamomme).

d'une noix, adhérent en avant à l'os, se creusant en arrière une niche dans le pôle frontal, sans adhérer à celui-ci.

Le D^r Guiraud a pratiqué l'examen histologique et constaté qu'il s'agit d'un méningiome. C'est un méningoblastome à type glial fusiforme, les cellules, disposées en tourbillons irréguliers et mal individualisées, sont pourvues d'un cytoplasme allongé. De très nombreux corps concentriques à lamelles imbriquées riches en collagène s'observent presque partout. Certains sont calcifiés. C'est le psamomme classique.

Dans le reste du cerveau, on trouve les lésions de la démence sénile. Plaques séniles, ratatinement des cellules nerveuses, fragmentation

des neurofibrilles intracellulaires. Les vaisseaux sont relativement intacts.

En résumé, démence sénile avec désorientation, amnésie, fabulation, thème délirant fruste de grandeur et de préjudice, état général très déficient, faiblesse des membres inférieurs avec diminution de la réflexivité, impotence complète, et, à l'autopsie, lésions de démence sénile et méningiome.

Ce méningiome est demeuré absolument latent, n'a donné aucun signe d'hypertension intracrânienne : ni céphalée, ni vomissement, ni vertige, ni ralentissement du pouls ; pas plus que de signes de localisation, ni confusion, ni moria, par exemple ; tous les signes psychiques relevés ressortent nettement à la démence sénile.

Cette latence, en elle-même, n'a rien d'extraordinaire : la tumeur était petite, et l'on sait combien le lobe frontal, en particulier, peut se montrer tolérant vis-à-vis des tumeurs qui le compriment ou même se développent dans son épaisseur.

Ce qui paraît plus intéressant c'est le développement d'une tumeur méningée à un âge aussi avancé (82 ans). On ne devra donc jamais éliminer le diagnostic de tumeur à cause du grand âge d'un malade et de la coexistence d'une maladie mentale quelconque. Le développement lent de la tumeur, son peu de tendance à l'extension, tiennent d'ailleurs vraisemblablement ici à la sénilité.

Tumeur cérébrale probable. Ralentissement psychique extrême.

Troubles d'apparence artériopathique. Long début à type dépressif, par MM. GOURIOU et SCHERRER.

Les malades atteints de tumeur cérébrale que l'on hospitalise dans les asiles présentent, le plus souvent, des signes assez atypiques et un minimum de signes neurologiques. Seule une discussion serrée des symptômes permet de porter le diagnostic. Il paraît nécessaire de prêter largement à la tumeur d'y penser le plus souvent possible étant donnée la sanction thérapeutique qu'elle exige. Nous pensons avoir dépisté chez une de nos malades des signes tumoraux suffisants pour vous la présenter avec un diagnostic de grande probabilité.

Mme T. D..., âgée de 54 ans, ouvrière d'usine, entre le 8 novembre 1935 à l'Hôpital Henri-Rousselle à la suite d'une tentative de suicide.

Certificats d'entrée à Henri-Rousselle. — 8-11-1935 : Est atteinte de démence artériopathique. Affaiblissement intellectuel global. Obnubilation psychique. Orientation difficile et imprécise. Désintérêt. Dépression. Inertie. Hémiplégie gauche. Légère atteinte faciale droite. Inégalité pupillaire (dr. + que gauche). Pupilles réagissant faiblement. L'état psychopathique de cette malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés.

9-11-1935 : Est atteinte de confusion mentale. Ne sait où elle est. Ignore la date. Réponses incomplètes et inadaptées. Bafouillage. Ne paraît pas comprendre parfaitement les questions (surdité verbale possible). Hémiplégie gauche ancienne. Hyperréflexivité tendineuse. Babinski. Mydriase. Inégalité pupillaire gauche + paresse irienne. Sang négatif. Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,70. Pandy, traces. Leucocytes, 0,8. Benjoin, Bordet-Wassermann, Meinicke, négatifs. Parégorique, 1-2. L'état psychopathique de cette malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés.

Admission à Ste-Anne. — 10-11-1935 : Est atteinte d'affaiblissement intellectuel avec réponses rares et obscures, turbulence légère, insomnie, hémiparésie gauche et commissure labiale droite abaissée. Peut être transférée.

Transfert à Maison-Blanche dans le Service du D^r Gouriou.

D^r Gouriou. — Immédiat, 12-11-1935 : Est atteinte de démence artériopathique, désorientation totale, éléments aphasiques, séquelles d'hémiplégie. A maintenir.

Cette malade présente donc, schématiquement, à l'entrée : un état démentiel avec confusion surajoutée, des éléments aphasiques probables, des séquelles d'une hémiplégie gauche, avec atteinte faciale droite, une inégalité pupillaire et des pupilles paresseuses, des réactions sérologiques négatives, une légère dissociation albumino-cytologique (alb. 0,70 et 0,8 leucocytes), une T.A. de 18 1/2-13, urée 0,40, enfin un aspect déprimé.

Les renseignements fournis par la famille nous apprennent que cette femme, veuve depuis un an, a eu 4 enfants. La malade a eu une fausse-couche de 2 mois et elle a perdu un enfant à l'âge de 9 ans d'une fièvre typhoïde.

Elle a toujours joui d'une excellente santé, elle était calme, affectueuse, travailleuse, menait une vie très régulière.

Les premiers troubles ont débuté, il y a 4 ans, par une lassitude générale, invincible. Elle a dû quitter son travail auquel elle n'avait plus goût et qu'elle se sentait incapable d'assurer convenablement.

Elle ressentait un profond ennui, était triste, sans aucune joie de vivre. Elle avait l'impression que son malaise, son affaiblissement empirait, et elle se tourmentait beaucoup de sa santé.

Ces troubles ne firent que s'aggraver et, deux mois avant son internement, la malade veut en finir avec la vie : elle tente de se suicider en se coupant le poignet, puis en essayant de se pendre.

Ces tentatives échouent, la malade est de plus en plus anxieuse, agitée ; elle a de l'insomnie, se lève fréquemment la nuit, veut sortir, et, nous dit la famille, « commence à perdre conscience des choses ».

Enfin, le 6 novembre 1935, elle tente, pour la deuxième fois, de se pendre et la famille se décide à la faire interner.

A noter qu'un an avant l'internement, c'est-à-dire deux ans après le début des troubles dépressifs, la malade a présenté une monoplégie d'un bras.

Dans le service, la malade reste confuse, hébétée, gâteuse, inconsciente de son état, semble-t-il, complètement désorientée, avec des périodes d'agitation anxieuse, turbulence, gémissements, instabilité motrice. Elle se lève, marche au hasard, le plus souvent titube, tombe ; elle doit être l'objet d'une surveillance constante pour lui éviter des chutes trop brutales.

Un examen pratiqué au mois de juin montre des troubles de l'équilibration : la marche est impossible, sans appui, la manœuvre de Romberg, effectuée en plaçant un bandeau sur les yeux de la malade, — car on ne peut obtenir qu'elle les ferme d'elle-même —, décèle une chute vers la droite.

Les signes cérébelleux sont impossibles à rechercher étant donné l'incompréhension et l'indocilité de la malade.

En revanche, on trouve une force musculaire diminuée aux quatre membres sans qu'on puisse apprécier une différence entre les deux côtés.

Tous les réflexes sont exagérés, aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs, rotuliens et achilléens sont polycinétiques, il y a une ébauche de trépidation épileptoïde du pied gauche. On constate un signe de Babinski bilatéral.

Il existe une séquelle d'hémiplégie gauche : dans la manœuvre de l'effort pour s'asseoir, le talon gauche décolle bien davantage du plan du lit.

On ne trouve pas de raideur particulière des membres inférieurs.

La sensibilité, extrêmement difficile à explorer, ne semble pas atteinte.

La malade présenterait des vertiges, aurait parfois un peu de céphalée diffuse, il n'y a ni vomissement ni bradycardie.

Une ponction lombaire, pratiquée à ce moment, a donné issue à un liquide eau de roche, non hypertendu (23 en décubitus latéral au manomètre de Claude), la manœuvre de Queckenstedt est libre (23-28), l'albumine est de 0,22 cgr., leucocytes 0,8.

L'examen ophtalmologique montre une papille légèrement décolorée à gauche, l'œil droit a été impossible à examiner.

Donc, à ce moment, on trouve des signes d'irritation pyramidale, bilatérale, prédominant à gauche, des troubles de la marche, des vertiges, un peu de céphalée, une papille légèrement décolorée. La ponction lombaire donne un résultat entièrement négatif.

On décide d'attendre en surveillant.

L'état de la malade est stationnaire, elle est grabataire, elle a maigri de plusieurs kilogs, présente, de temps en temps, de nouvelles bouffées anxieuses ; enfin, il y a une quinzaine de jours, elle a présenté une céphalée exacerbée, diffuse, qui lui arrachait des gémissements incessants et qui lui interdisait le décubitus dorsal complet. Cette crise a duré 3 jours, puis s'est dissipée, mais la céphalée, quoique moins intense, persiste.

Actuellement :

La malade a l'aspect hébété, inerte, à mimique très pauvre ; avec une tendance à la dépression ; le faciès est souvent d'aspect pleurard, allant jusqu'aux larmes en réalisant presque le pleurer spasmodique pseudo-bulbaire.

Ce qui frappe, avant tout, chez cette malade, c'est le ralentissement, la lenteur de l'idéation : il faut répéter plusieurs fois les phrases pour être compris d'elle, il faut insister pour obtenir une réponse, toujours courte, formulée sur un ton de voix monotone et très bas. L'interrogatoire, aussi bien que les recherches somatiques, montre, en outre, une très grande fatigabilité.

La malade paraît *indifférente* à l'ambiance, inconsciente de sa diminution, son affectivité semble s'être réduite à une conscience organique de sa douleur. Elle est, cependant, capable encore de certaines appréciations : « Je ne peux pas marcher, je tombe tout de suite, j'ai le vertige... »

« Je ne me rappelle plus..... » et, après avoir cherché, fait effort, elle répond à une de nos questions :

« Je ne me souviens même plus du nom de mes enfants. »

Enfin : « J'ai mal à la tête ». D'ailleurs, sa position : les deux mains sous la tête, entre elle et l'oreiller, l'indiquait déjà.

Son *attention* extrêmement difficile à fixer rend toutes les opérations de recherche neurologique particulièrement ardues et peu sûres, dès qu'on a besoin de la collaboration un peu fine de la malade. Sa bonne volonté est, cependant, évidente et doit être notée, elle cherche, fait effort pour répondre, paraît infiniment plus confuse que demente.

Les troubles de l'*orientation* tant dans l'espace que dans le temps sont énormes :

— elle ne peut dire quelle est l'année en cours ;

— elle sait qu'elle est dans un hôpital mais ne peut dire quelles maladies on y soigne. Elle ne peut retrouver seule son lit.

La *mémoire* est très touchée : elle ne peut dire son âge (14 puis 24...), ni sa date de naissance, ni sa nationalité (mais peut-être pour celle-ci s'agit-il d'un élément aphasique, car, lorsqu'on lui demande si elle est italienne, elle approuve) ; elle ne peut dénombrer nettement ses enfants, ni dire leur nom, elle donne leur âge convenablement pour deux d'entre eux. En revanche, elle se souvient de son nom.

Mais on a l'impression qu'il s'agit surtout d'une mémoire embrumée,

obnubilée, que des efforts répétés parviennent parfois à éclaircir, et non pas d'une mémoire désagrégée, définitivement déficitaire.

Il semble y avoir quelques *troubles aphasiques*, certaines questions ne sont pas comprises, mais on ne peut mettre en évidence ces troubles par la désignation systématique des objets qui est effectuée correctement (clef, crayon, lampe électrique, allumette, frottoir, etc., les couleurs sont, également, reconnues). Il n'y a ni paraphasie ni jargonaphasie.

Nous avons, de même, recherché systématiquement les troubles du domaine de *l'apraxie* : les gestes simples sont exécutés correctement, parfois il faut répéter l'ordre pour vaincre l'inertie de la malade ; certains gestes plus complexes (allumer une allumette en la frottant sur du papier de verre, puis l'éteindre ; imiter certaines attitudes) sont également effectués correctement.

On ne trouve ni agnosie visuelle, ni agnosie tactile.

On relève une *agraphie* à peu près complète : la malade ne peut écrire autre chose qu'un M et une ou deux autres lettres difficiles à déchiffrer, peut-être un O et un N. L'écriture spontanée est touchée, comme l'écriture sous la dictée. Il est, d'ailleurs, très possible de rattacher ces troubles au ralentissement psychique, à la torpeur qui dominent tout ce tableau.

L'examen neurologique systématique montre :

— un *affaiblissement considérable de la force musculaire* tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs : l'épreuve de l'écriture et le grattage de l'allumette ont mis en évidence une grande maladresse de la main droite et une inhibition presque complète de la force musculaire. La main gauche est un peu plus forte.

Au niveau des bras la force semble mieux conservée.

Au dynamomètre { main droite : 15.
main gauche : 22.

— des *réflexes un peu vifs* aux membres supérieurs, sans hypertonie particulière.

— des *réflexes exagérés*, à tendance polycinétique, aux membres inférieurs bilatéraux.

— un *signe de Babinski positif à droite*.

Le cutané plantaire, en revanche, est en flexion à gauche.

Les cutanés abdominaux sont douteux.

Il ne semble pas y avoir de troubles appréciables de la *sensibilité*.

Les *signes cérébelleux* sont particulièrement difficiles à rechercher étant donné la part de collaboration que l'on doit demander à la malade :

Il ne semble pas y avoir de tremblement intentionnel pas plus que statique.

Il n'y a pas de nystagmus.

Il ne semble pas y avoir d'adiadococinésie, peut-être, en revanche, une *certaine dysmétrie*, surtout à droite (mais sous réserve).

Dans le domaine des nerfs craniens, il semble que l'on peut retenir un certain degré de *paralysie faciale droite* : effacement des rides de ce côté, langue légèrement déviée vers la droite, torsion de la bouche par activité limitée à l'hémiface gauche dans la parole et le souffle.

Le facial supérieur est respecté.

Le trijumeau paraît intègre : pas de trouble de la sensibilité cutanée ou muqueuse, pas d'anesthésie cornéenne.

Les nerfs moteurs de l'œil ne paraissent pas non plus touchés.

Le nerf auditif paraît également indemne.

On ne relève pas de trouble de la respiration, de la déglutition.

Il existe des *troubles sphinctériens* : gâtisme urinaire et fécal.

Dans la marche qui se fait à petits pas sans apparence spéciale de séquelle d'hémiplégie, ce qui frappe le plus, ce sont les troubles de l'équilibration : instabilité, tendance à la chute en avant, sans aspect ébrieux ou ataxique.

Romberg positif avec chute à droite.

Enfin syndrome d'hypertension intracrânienne vraisemblable : vertiges avec chute, céphalée généralisée avec périodes d'exacerbation.

En revanche : pas de nausées ou de vomissements, pas de ralentissement du pouls.

L'examen ophtalmologique pratiqué le 30 novembre (D^r Bégué) montre :

O.D. : V.O.D. = 0,4 ; fond d'œil : papille décolorée, légèrement surélevée ;

O.G. : V.O.G. = 0,1 ; fond d'œil : papille blanche avec léger flou, atrophie post-stase : tumeur cérébrale probable.

Champ visuel impossible à prendre.

Inégalité pupillaire : pupille gauche > que droite.

Hétérochromie irienne : pigmentation brune à droite, verte à gauche.

Réactions normales à la lumière et accommodation.

En résumé, il y a 4 ans, les premiers troubles sont constitués par un syndrome dépressif, avec neurasthénie, hypocondrie, affaiblissement de l'activité et de l'intérêt vital, deux ans après le début survient une monoplégie, les troubles dépressifs s'accroissent, la malade fait trois tentatives de suicide, est internée. Elle présente un tableau confusionnel sub-déméntiel et des signes d'hémi-parésie gauche.

Six mois après, le signe de Babinski est bilatéral, mais l'atteinte pyramidale prédomine à gauche.

Actuellement, six mois après cet examen, le signe de Babinski n'existe plus qu'à droite. Il existe une hémi-parésie droite.

En outre, il existe des signes d'hypertension intracrânienne, vertiges, céphalée, stase papillaire.

D'autre part, une hypertension artérielle : 18/12; signes cardio-rénaux minima : pas d'albumine ; urée : 0,40.

Devant ce double syndrome psychique et neurologique, deux diagnostics s'affrontent : la tumeur cérébrale, les troubles dus à l'hypertension artérielle, et, avant tout, la démence artériopathique.

La variabilité des signes pyramidaux, des parésies, impliquant des foyers bilatéraux, l'hypertension artérielle, la démarche à petits pas, sont en faveur de la seconde hypothèse. La céphalée, l'hypertension intracrânienne, les troubles de l'équilibre, ne s'opposent pas à cette hypothèse.

Cependant, c'est en faveur de l'hypothèse de tumeur que nous nous prononcerons, en nous appuyant sur l'état mental de la malade, beaucoup plus confusionnel que dementiel, et même beaucoup plus fait encore de ralentissement extrême de l'idéation, de torpeur, dont on peut la tirer par des sollicitations répétées, que de confusion vraie ; sur les poussées d'hypertension intracrânienne (dissociation albumino-cytologique à l'entrée), sur la lente progression de l'atrophie, sur les caractères de la céphalée.

Mais surtout, nous nous appuierons sur la lenteur du début où, bien avant toute atteinte neurologique objective, la malade a présenté des troubles dépressifs fréquemment signalés dans l'évolution des tumeurs cérébrales, avant tout signe neurologique.

Ces troubles subjectifs : modification de l'humeur, malaise moral, sentiment d'anxiété, sensation d'incertitude, d'inquiétude, fatigue insolite, dégoût de la vie, sont souvent des signes prémonitoires importants dont Duret disait : « S'ils traduisent encore d'une façon obscure l'atteinte du cerveau, c'est bien parce qu'on ne sait pas comprendre son langage. »

Essayerons-nous de faire un diagnostic de localisation ?

Par élimination et pour expliquer les troubles parétiques, il nous faut désigner, soit le lobe frontal, soit le corps calleux. Ce dernier expliquerait mieux la bilatéralité des troubles, la titubation ; mais il faut noter l'absence d'apraxie idio-motrice, l'aspect plus confusionnel que dementiel.

Quoi qu'il en soit, la parole est maintenant aux chirurgiens ; nous n'avons pas pratiqué de nouvelle ponction lombaire pour éviter tout accident : une radiographie n'a pas montré de signes interprétables, c'est la ventriculographie qui confirmera ou rejettera notre diagnostic.

Tumeur du 3^e ventricule à troubles mentaux prédominants,
par MM. GOURIOU, GUIRAUD et SCHERRER.

La malade T. C., âgée de 45 ans, entre dans le Service du D^r Gouriou à l'Asile de Maison-Blanche, le 3 février 1936. Elle vient de Ste-Anne accompagnée des certificats suivants :

Hôpital Henri-Rousselle. — 29-1-1936 : Est atteinte d'affaiblissement intellectuel. Troubles de la mémoire. Désorientation. Bradypsychie. Gâtisme. Ethylisme ancien. Bordet-Wassermann négatif dans le sang. L'état mental nécessite son internement dans un asile d'aliénés par voie de placement d'office (vit seule, peut se livrer à des actes dangereux).

2^e certificat. — 30-1-1936 : Présente un état dépressif avec affaiblissement intellectuel. Elle se sent très fatiguée, déprimée et anémiée. Sa mémoire est moins bonne. Elle ne se rappelle pas depuis quand elle est dans le service, il y a des semaines. De même elle croit avoir quitté son bureau, elle est employée des Postes, depuis un mois seulement, alors qu'il y a plus d'un an qu'elle est en congé. Elle n'a pas conscience de son état, elle dit qu'elle voudrait être réintégrée, qu'elle serait contente, qu'elle pourrait faire son service et que ça la guérirait. Elle a peur de devenir folle parce qu'elle a eu trop de mal. Elle a eu l'idée de mourir mais n'a jamais fait de tentative de suicide. L'état mental nécessite son internement dans un asile d'aliénés.

Admission. — Immédiat, 1-2-1936 : Présente de l'affaiblissement intellectuel, notamment de la mémoire, quelques cauchemars, tendances mélancoliques. Peut être transférée.

Les seuls renseignements que l'on peut obtenir de la malade sur ses antécédents, étant donné son état mental, sont : qu'elle a eu un enfant et trois fausses couches. Les renseignements familiaux manquent ; elle vivait seule, a été placée d'office, une lettre à sa famille est revenue au Médecin-Chef avec la mention « parti sans laisser d'adresse ».

Il s'agit d'une malade dont l'aspect, tant par les signes neurologiques que par l'examen mental, fait penser à une paralytique générale. Le certificat immédiat rédigé le 4 février est ainsi conçu :

Maison-Blanche. — Immédiat, 4 février 1936 : Est atteinte de paralysie générale, dysarthrie. Pâleur et homogénéité du faciès, inconscience ; satisfaction ; approbativité aisée ; Argyll-Robertson. Anisocorie. D. > G. Gâtisme. Parésie des jambes. A maintenir.

On note en effet un affaiblissement global de l'ensemble des facultés intellectuelles : une désorientation complète dans le temps et dans l'espace, une amnésie très importante frappant aussi bien la mémoire d'évocation que la mémoire de fixation, le jugement et l'affectivité sont également très touchés. Ainsi que le mentionnent les certificats, elle n'a nullement conscience de son état, est indifférente à son gâtisme,

demeure passive, calme, l'œil un peu étonné, approuvant avec une politesse douce, et faisant preuve d'une grande docilité.

On n'a noté ni délire systématisé, ni délire de grandeur, ni préoccupations hypocondriaques, elle se plaint seulement de souffrir de la tête, d'une manière diffuse et constante.

L'état général de cette malade est très déficient : elle est très amaigrée (41 kgs), asthénique, son visage est pâle.

On ne note pas de tremblement fibrillaire, un petit tremblement des doigts, la malade présente de la dysarthrie, elle achoppe aux mots



Techniphoto A. Marot.

Tumeur du 3^e ventricule, coupe vertico-frontale.

d'épreuves, cet achoppement est retrouvé dans l'écriture ; élision d'une lettre, d'une syllabe, de plusieurs syllabes.

Enfin la découverte d'un signe d'Argyll-Robertson (anisocorie, D. > G., perte du réflexe photomoteur sans irrégularité pupillaire ni myosis il est vrai, conservation du réflexe à l'accommodation) semble confirmer le diagnostic de paralysie générale.

La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien xanthochromique : albumine 8 gr. 25, leucocytes 30, réaction positive du benjoin colloïdal à la fois dans la zone méningitique et dans la zone syphilitique (21110.02222.22000), Pandy + + +, Weichbrodt +, les réactions humorales en revanche (Bordet-Wassermann et Meinicke) sont négatives aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien.

Ces données font écarter la paralysie générale et même la syphilis, et si l'âge du sujet incitait cependant à interpréter ses troubles comme

un processus de myélite, les troubles cérébraux adjoints ne s'en trouvaient pas expliqués.

L'examen neurologique avait permis de suspecter une paraplégie au début : la démarche est hésitante, un peu raide, vacillante, on doit soutenir la malade pour éviter qu'elle ne tombe. Il existe une parésie des membres inférieurs : les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés, à tendance polycinétique, on trouve une ébauche de trépidation épileptoïde à droite, en revanche pas de signe de Babinski, mais une certaine hypertonie : les masses musculaires présentent un certain



Techniphoto A. Marot.

Coupe vertico-frontale. Fragment postérieur. La tumeur a été enlevée pour montrer la dilatation du 3^e ventricule et de l'aqueduc de Sylvius.

degré de contracture, on trouve de l'hypoesthésie, enfin il y a des troubles sphinctériens, en particulier des mictions impérieuses.

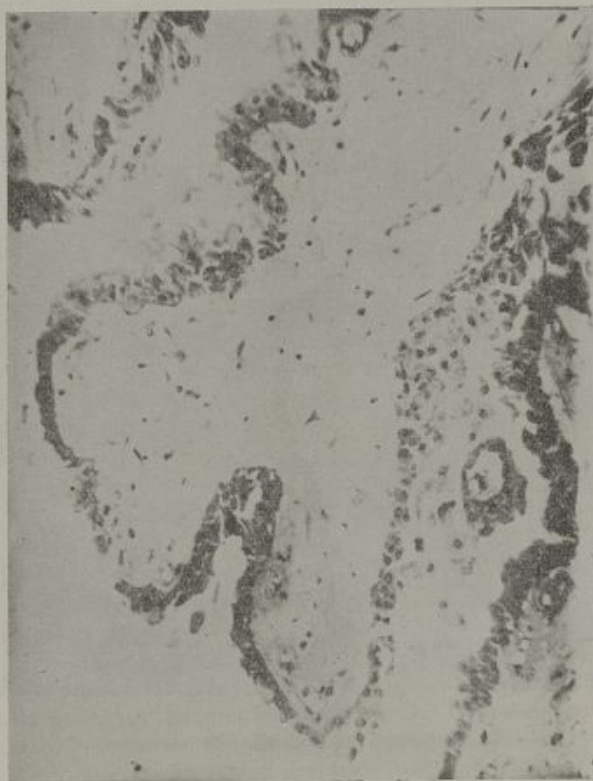
L'examen n'a pas montré de signes d'atteinte cérébelleuse. On trouve un Romberg positif.

Contre l'hypothèse de tumeur cérébrale, on notait qu'il n'existait, si l'on excepte la céphalée, sans paroxysmes d'ailleurs, aucun signe clinique d'hypertension intracrânienne en accord avec la formule liquidienne : ni vomissements, ni nausées, pas de vertige ni même de sensation vertigineuse, pas d'épilepsie, pas de ralentissement du pouls. Les troubles mentaux semblent beaucoup plus déficitaires que confusionnels.

L'examen ophtalmologique est négatif au point de vue tumoral : vision O.D. = O.G. = 0,50. Fond d'œil normal, peut-être légère décoloration de la papille. Enfin la xanthochromie associée à une quantité d'albumine si élevée par rapport au taux de leucocytes se voit rare-

ment (d'après Sicard) dans les tumeurs cérébrales, mais bien plutôt dans les compressions médullaires.

La malade, confinée au lit, gâteuse, s'affaiblit de plus en plus, incapable de s'alimenter seule. Un certain degré de somnolence s'installe, elle demeure immobile, les yeux fermés, répondant aux questions



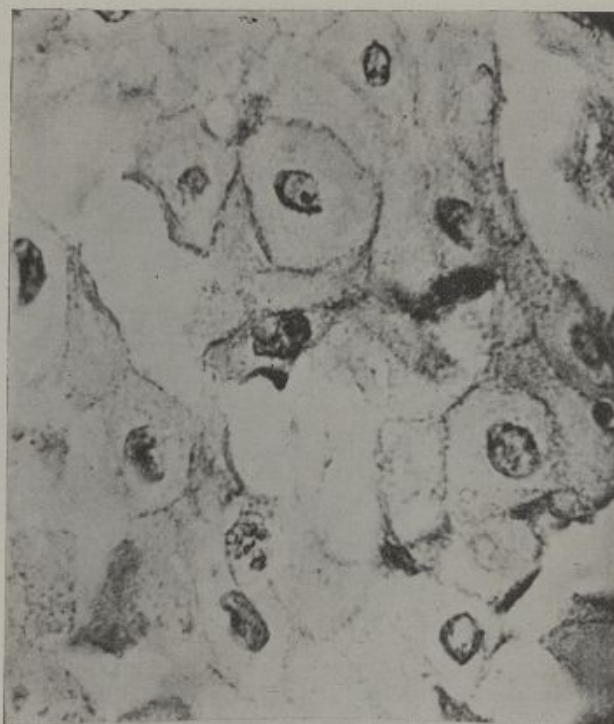
Aspect papillomateux (faible grossissement).

d'une voix basse, l'examen physique ne montre pas de modification dans l'ordre de la réflexivité, mais la raideur s'accentue. La flexion des jambes sur les cuisses et des cuisses sur le tronc est difficile, on doit vaincre une résistance cireuse qui fait penser à une rigidité extra-pyramidale ; de plus la colonne vertébrale paraît soudée, fixée en opisthotonos et l'on a la plus grande peine à pratiquer le 18 mars une nouvelle ponction lombaire. On n'a pas noté de raideur de la nuque ni de rigidité au niveau des membres supérieurs.

La nouvelle ponction lombaire donne les résultats suivants : albu-

mine 4 gr. 50, leucocytes 0, Pandy + + +, Weichbrodt +, Benjoin 21100.02222.22222, Meinicke et Bordet-Wassermann négatifs.

Le surlendemain de la ponction lombaire, la malade présente une élévation thermique qui va durer 5 jours, montant progressivement



Epithéliome malpighien. Immersion.

jusqu'à 40°, une escarre apparaît, la malade tombe dans le coma et meurt le 26 mars.

A noter qu'elle a présenté les trois derniers jours une grosse sudation généralisée, des myoclonies au niveau des bras (surtout région deltoïdienne) et sur la poitrine au niveau des pectoraux.

L'Autopsie montre une tumeur de la base du cerveau dont le D^r Guiraud a fait l'examen anatomo-pathologique.

La tumeur se compose de deux portions : en arrière et en bas, entre les pédoncules cérébraux, la partie supérieure de la protubérance d'une part, et le tuber d'autre part, s'est développé un kyste du volume d'une amande, comprimant les formations voisines, y compris la troisième paire et les bandelettes optiques.

En haut et en avant, la tumeur est constituée par une formation en chou-fleur séparant les deux moitiés du tuber, pénétrant dans le troisième ventricule qu'elle dilate largement et occupe entièrement sans y adhérer. La portion de l'aqueduc de Sylvius qui débouche dans le troisième ventricule est extrêmement dilatée.

Histologiquement, la tumeur a l'aspect d'un papillome : elle est constituée par des axes conjonctivo-vasculaires, larges ; la surface de ces axes est tapissée de cellules épithéliales cubiques disposées sur deux ou trois rangs.

Dans d'autres régions, ces cellules épithéliales se multiplient intensément ; elles forment des nodules à surface assez grande. Dans ces régions, les cellules épithéliales prennent un aspect malpighien typique. Elles sont polygonales, immédiatement juxtaposées, réunies par des filaments d'union plus ou moins nets, suivant les régions. Souvent, le centre de ces nodules tend à dégénérer ; certaines cellules ont disparu, laissant des plages vides, en d'autres endroits les cellules ne sont plus juxtaposées mais restent réunies par leurs ponts d'union. En plusieurs points on constate la présence de globes épidermiques.

A première vue, ce papillome rappelle l'aspect général des plexus choroïdes, et l'on peut se demander si la tumeur n'entre pas dans le groupe de celles décrites par Boudet et Clunet comme épithéliomas des plexus choroïdes. Nous croyons cependant qu'il est difficile de faire dériver une néoformation malpighienne aussi typique des plexus choroïdes et nous croyons que dans le cas présent il s'agit d'une tumeur d'Erdheim développée aux dépens de vestiges du tractus pharyngo-hypophysaire.

L'histologie peut apporter quelques éclaircissements à la particularité que la malade ne présentait pas de symptômes de la série tubérienne (quoique l'amaigrissement cachectique de 41 kg. et l'hyperhidrose terminale puissent y être rattachés). Les deux moitiés du tuber sont séparées, déformées, mais non détruites. Leur examen, par la méthode de Nissl, permet de constater la conservation des différents noyaux cellulaires. Il y a, certes, quelques lésions cytologiques, en particulier une chromatolyse centrale dans un certain nombre de cellules, mais pas de destruction véritable.

Il s'agit donc, en somme, d'une tumeur du III^e ventricule, qui s'est traduite cliniquement par un tableau où l'affaiblissement intellectuel était si marqué qu'il en a imposé pour un état démentiel. La céphalée, les troubles oculaires pouvaient être communs à une syphilis aussi bien qu'à une tumeur de cette zone. La ponction lombaire était le seul élément qui devait faire pencher pour la tumeur malgré les signes parétiques des membres inférieurs. A noter également le résultat négatif de l'examen du fond d'œil.

Nos recherches bibliographiques nous ont permis de consta-

ter de grandes similitudes entre notre observation et celle qu'ont présentée MM. Lhermitte, Sengès, Boulet et Trelles au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Lyon, en 1934. (Tumeur du III^e ventricule à symptomatologie à prédominance psychique).

Dans ce cas également, le diagnostic erra longtemps et ne fut transformé de syphilis cérébrale en tumeur névro-chiasmatique que sur l'apparition d'une hémianopsie bitemporale et de la stase papillaire.

Les cas de tumeur du III^e ventricule à symptomatologie de paralysie générale avec signe d'Argyll Robertson et dysarthrie sont relativement rares et surtout signalés par des auteurs étrangers : Weisenburg, Mott et Baratt, Pollack.

Au Congrès de 1935, Heerm et Manil en signalent un cas où le diagnostic de paralysie générale ne paraît pas douteux, mais ils trouvent chez leur malade une papille de stase.

Comme les tumeurs frontales et calleuses, les tumeurs du III^e ventricule sont donc susceptibles de revêtir une symptomatologie rappelant celle de la paralysie générale.

Syndrome cérébelleux avec hypotonie musculaire prédominant aux membres inférieurs. Dissociation albumino-cytologique. Tumeur cérébrale ou infection à virus neurotrope ?, chez une délirante à début puerpéral, évoluant par poussées, par MM. GOURIOU et J.-F. BUVAT.

Mme N. X., 38 ans, entre dans le Service du D^r Gouriou le 28 février 1936 : elle présente, à ce moment, un état délirant et hallucinatoire avec réactions mélancoliques, prostration et hypoïdation.

Cet état semble avoir débuté en 1929 au cours d'une grossesse. A ce moment la malade avait présenté un état psychasthénique, avec troubles de l'humeur, qui s'est aggravé progressivement. La malade présentait bientôt des idées de jalousie, d'ailleurs motivées, et des réactions paranoïaques à l'égard de ses voisines et des clients de son commerce. Le mari note qu'elle eut toujours un caractère difficile, jaloux, soupçonneux.

L'évolution de ces troubles psychasthéniques ne motiva des consultations à la Salpêtrière qu'en 1934 et 1935. A ce moment, les phénomènes dépressifs devaient beaucoup prédominer car ils ont attiré l'attention des spécialistes qui leur ont accordé une place très prépondérante par rapport aux éléments délirants de persécution et d'influence.

Mais les troubles présentés par la malade nécessitent, en juin 1935, son internement ; les idées délirantes sont, à ce moment, très imprécises et floues. En juillet 1935, le délire devient plus précis, la malade

devient hostile et opposante ; en même temps, elle présente une attitude extatique avec déflexion forcée de la tête : cet état dure peu. Les hallucinations sont actives, mais sans extension et plutôt stéréotypées que systématiques.

En février 1936, l'état délirant hallucinatoire est, de nouveau, au second plan par rapport aux phénomènes dépressifs.

A l'asile, l'état reste stationnaire, semblant évoluer lentement vers un état de démence apathique en ce sens que la malade semble manquer surtout de spontanéité, de dynamisme psychique, d'intérêt pragmatique. Elle conserve, cependant, une affectivité normale vis-à-vis de ses enfants, souffre de son état morbide. A des périodes, durant lesquelles la malade semble résignée, absente, succèdent des périodes où elle est plus agitée et durant lesquelles elle extériorise spontanément son délire et sa révolte.

Le 10 avril 1936, elle se plaint de ce que sa vue baisse et demande des lunettes ; un examen ophtalmologique pratiqué à cette date par le Dr Bégue conclut : fonds d'yeux normaux, pas de troubles de la réfraction oculaire. Lunettes inutiles.

En mai 1936, à la suite d'une angine fébrile (de caractères cliniques non diphtériques), puis de temps à autre, la malade se plaint de ce que ses jambes se dérobent sous elle ; cependant l'intermittence et le caractère fugace des troubles qui, d'autre part, exagèrent quand elle se sent observée, font penser à des phénomènes pithiatiques ; mais, peu à peu, les troubles se précisent. Le 9 novembre, la démarche devient impossible et la malade est transportée à l'Infirmierie pour observation. La paralysie persiste. Le 11 novembre 1936, une ponction lombaire est pratiquée qui montre :

Pression : 32 cm. en position couchée.

Albumine : 2 gr.

Lymphocytes : 0,4.

Benjoin colloïdal : 01100.21222.22200.

Bordet-Wassermann : H8. Meinicke négatif.

Pandy positif. Weichbrodt négatif.

L'état mental actuel n'est pas modifié, la malade répond bien aux questions qu'on lui pose sur sa famille ; mais elle semble distraite, lointaine, et, parfois, il faut lui poser plusieurs fois une question pour qu'elle y réponde. Parfois, elle s'irrite au cours de l'interrogatoire et prononce spontanément des phrases incohérentes : « On m'a livrée au Bouddha pour me faire des souliers de forçats », « ...ça correspond au carnet d'achat... », et des phrases qui semblent correspondre à des bribes de rêve intérieur, fruste et flou.

Elle est opposante à l'examen, puis, brusquement, s'y soumet de bonne grâce en souriant.

Examen neurologique. — La force musculaire est normale à tous les segments, sauf aux groupes antéro-externes des deux jambes où la force est quasi-nulle.

Le tonus est normal, sauf aux membres inférieurs où l'on constate une hypotonie considérable avec pied ballant.

Tous les réflexes tendineux sont normaux et égaux des deux côtés, sauf les réflexes rotuliens qui sont de type pendulaire.

Les réflexes cutanés abdominaux sont faibles, on ne note pas de signe de Babinski.

La sensibilité superficielle est normale à tous les modes, sauf aux deux membres inférieurs où il semble y avoir un certain retard des perceptions douloureuses.

Le sens des positions de l'orteil est extrêmement difficile à rechercher en raison de l'état mental de la malade. Aux membres supérieurs le sens stéréognosique est conservé.

La démarche est impossible sans soutien : la malade steppe.

On note quelques hésitations dans l'exercice du talon sur le genou. Aux membres supérieurs on note un léger tremblement au début de l'effort avec quelques hésitations lorsqu'on demande à la malade de boire un verre de lait ou de porter son index sur le nez. Ces troubles sont prédominants à gauche. Il n'y a pas d'adiadococinésie vraie : cependant, les mouvements sont un peu lents.

L'examen des paires crâniennes met en évidence :

I^{re} : normale.

II^e, III^e, IV^e, VI^e : *acuité visuelle en baisse* : VOD = VOG = 0,2.

Pas de stase papillaire. *Papilles légèrement pâles*. Champ visuel impossible à prendre. Pas de diplopie. Pas de paralysie oculaire. Les pupilles réagissent à la lumière et à la convergence. *Secousses nystagmiques* dans le regard latéral des deux côtés (D^r Bégué).

V^e, VII^e, VIII^e : rien à signaler d'anormal.

IX^e, X^e, XI^e, XII^e : la malade se plaint de dysphagie aux aliments solides. Boit avec lenteur. Se plaint d'avoir la voix cassée et saccadée. Cependant, *on ne note pas de paralysie du voile*. Le réflexe nauséeux est conservé.

En résumé, on est en présence d'une malade qui présente un état psychique où domine une dépression atypique, plus organique que mélancolique, avec un délire de persécution et d'influence et des hallucinations auditives, ce délire semblant évoluer par bouffées. Cet état s'accompagne d'un syndrome cérébelleux prédominant sur les membres inférieurs. Le syndrome pourrait faire penser à une sclérose en plaques (nystagmus, évolution par bouffées des troubles psychiques, diminution des réflexes abdominaux, atrophie optique), mais l'absence de tout signe pyramidal décelable permet peu de retenir cette hypothèse.

La dissociation albumino-cytologique, la légère hypertension constatée, l'apparition progressive et progressivement aggravée des troubles du type cérébelleux, la diminution rapide de l'acuité

visuelle, évoquent l'idée d'une néoplasie cérébrale, malgré l'absence de syndrome d'hypertension intracrânienne : en effet, on ne note ni stase papillaire, ni bradycardie, ni céphalée, ni vomissement.

On ne saurait cependant éliminer toute hypothèse d'atteinte diffuse du névraxe, en raison de l'absence de signes de localisation du syndrome.

Quoi qu'il en soit, cette malade va être soumise à l'examen dans le service de M. Clovis Vincent, pour confirmer ou infirmer le diagnostic et poser, s'il y a lieu, les indications opératoires et nous espérons pouvoir la présenter à nouveau, à la Société.

Astrocytome du lobe frontal gauche et troubles mentaux,
par MM. GOURIOU et SCHERRER.

Le 23 février 1936 entre dans notre Service de Maison-Blanche la malade T. B., âgée de 43 ans, venant de Ste-Anne.

Elle est accompagnée des certificats suivants :

15 février 1936 : Présente un état démentiel. Affaiblissement intellectuel global. Torpeur, hébétude, ralentissement psychique extrême. Réponses vagues, imprécises. Désorientation dans le temps et dans l'espace. Phase d'excitation psychique récente hallucinatoire. Gâtisme. Réflexes tendineux normaux. Pupilles réagissant. Liquide céphalo-rachidien : albumine 0,20, Pandy 0, Weichbrodt 0, leucocytes 0,4, Benjoin 00000.00210.00000, E.P. 22,2, Meinicke positif, Bordet-Wassermann négatif. L'état psychopathique de cette malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés.

Immédiat, 20-2-1936 : Est atteinte de confusion mentale. Hébétude. Désorientation dans le temps et dans l'espace, dysmnésie, demi-mutisme. Gâtisme. Pas de signes neurologiques. A maintenir.

La malade se présente comme une impotente, elle trébuche et doit être soutenue par deux infirmières pour gagner un siège, son aspect général est négligé, atonique, le visage est inexpressif, le regard terne. La malade demeure immobile sur sa chaise, elle parlera sans gestes, lentement, sur un ton monocorde, avec peut-être une certaine pointe d'irritation.

On note d'emblée un gros ralentissement mental : les réponses viennent après un long retard, alors que l'on a répété les questions à de nombreuses reprises, ces réponses sont approximatives, incomplètes, cependant assez pertinentes le plus souvent. On doit lutter contre la torpeur de la malade, elle ne fait d'ailleurs visiblement aucun effort pour chercher, la conversation la fatigue, et l'on a l'impression qu'elle ne finit par trouver sa réponse que pour échapper à ce harcèlement de questions.

La mémoire de fixation est très touchée : la malade est complètement désorientée dans le temps et dans l'espace, ne sait ce qui lui est arrivé.

La mémoire d'évocation est mieux conservée, elle est capable de nous dire sa date de naissance, de nous renseigner assez exactement sur sa famille, ses antécédents personnels, la date de la guerre. Si elle ne peut se remémorer la date de son mariage, la date de la mort de son mari, en revanche, certaines questions restées sans réponse ou incomplètement satisfaites, répétées ultérieurement, reçoivent une réponse exacte dans la suite de l'interrogatoire. Après avoir répondu que son mari avait été tué à la guerre, elle répond à une nouvelle question de contrôle qu'il était pensionné de guerre et mort des suites de la guerre (vérifié exact).

En somme, il y a plus de bradymnésie, dysmnésie, qu'amnésie vraie. L'attention spontanée et volontaire est nulle, aucun signe onirique ne demeure comme témoin de la période d'excitation signalée dans le certificat n° 1, ni faux souvenirs, ni fausses reconnaissances, ni fabulation.

L'interrogatoire apprend, en outre, qu'elle aurait des crises d'épilepsie depuis quelques années.

Le Dr Gouriou rédige le certificat immédiat suivant :

Dr Gouriou. — Immédiat, 23-2-1936 : Est atteinte d'état confusionnel. Désorientation, bradypsychie, bradymnésie : notions de crises comitiales qui ne dateraient que de quelques années. Hypotension, faiblesse des membres inférieurs. Réflexes vifs surtout à droite. Bronchite actuelle. A maintenir.

L'état de la malade rend impossible les recherches neurologiques demandant sa participation telles que la recherche du syndrome cérébelleux. Il n'existe aucun signe d'atteinte pyramidale.

On pense aussitôt à deux diagnostics possibles : la confusion mentale chez une épileptique, et confusion et épilepsie symptomatiques d'une hypertension intracrânienne, d'une tumeur cérébrale.

L'examen du liquide céphalo-rachidien pratiqué à l'admission ne plaide pas en faveur d'une tumeur cérébrale ; on ne signale pas, c'est vrai, la tension.

Aussi pratique-t-on une nouvelle ponction lombaire ; la tension est un peu élevée : 30 au manomètre de Claude en décubitus latéral, la manœuvre de Queckenstedt-Stookey est positive, le liquide est eau de roche, il n'y a pas de dissociation albumino-cytologique : albumine 0,22, leucocytes 0,4.

Il n'y a aucun signe clinique net d'hypertension intracrânienne : pas de nausées ni de vomissements, pas de vertiges, pas de ralentissement du pouls.

Une radio du crâne est négative, l'examen du fond d'œil, pratiqué le 3 mars par l'ophtalmologiste (Dr Bégué) est également négatif.

La famille, réduite à un fils, donne quelques renseignements assez imprécis : la mère de la malade est paralysée depuis quelques années,

son mari est mort de paralysie générale en 1922 à Villejuif, la malade a eu plusieurs fausses couches. Elle présente des crises épileptiques typiques depuis plusieurs années, elle a des troubles du caractère en rapport avec le tempérament comitial : colères, violences, elle aurait



Astrocytome fibrillaire. Immersion.

fait une tentative de suicide. Enfin, détail intéressant, elle a été opérée de mastoïdite il y a 6 ans.

On écarte la syphilis possible : pas d'Argyll-Robertson, réactions humorales normales aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien.

On envisage le diagnostic d'abcès du cerveau, étant donné un léger train de fièvre et la notion de mastoïdite antérieure.

La malade est grabataire, son état ne s'améliore pas, au contraire, elle demeure prostrée dans un état de profonde torpeur, les yeux clos, indifférente, inerte, indifférente à son gâtisme.

Elle ne parle par monosyllabes que pour répondre aux questions insistantes, elle n'agit en aucune façon, ne trouve d'énergie que pour

résister aux infirmières, qui doivent la changer, l'habiller et l'alimenter.

Les signes de bronchite persistent, s'accompagnent d'une température subfébrile qui cède le 11 mars mais remonte 7 jours après à 39°, et en 4 jours avec des signes de broncho-pneumonie la malade est emportée, elle meurt le 21 mars 1936. L'examen neurologique pratiqué quelques jours avant la mort demeure négatif : réflexes vifs mais non exagérés, pas de signes de Babinski.

A signaler que dans les 8 à 10 derniers jours la malade accusait de la céphalée occipitale lorsqu'on l'asseyait sur son lit. Il n'y avait ni nausées, ni vomissements, ni vertiges à ce moment.

L'examen anatomo-pathologique a été pratiqué par le Dr Guiraud. Une coupe vertico-frontale montre la présence d'une tumeur dans le lobe frontal gauche. La tumeur, du volume d'une noix, est infiltrante, elle est en continuité avec le tissu nerveux sans plan de clivage, ses bords sont irréguliers et dentelés, elle est de consistance molle avec des zones diffluentes et presque liquides.

Histologiquement il s'agit d'un astrocytome fibrillaire. De nombreuses gliofibrilles sont facilement mises en évidence par l'hématoxyline de Mallory. Les noyaux macrogliaux assez nombreux ne sont pas enveloppés de cytoplasme hypertrophié.

Il s'agissait donc, en somme, d'une tumeur cérébrale du lobe frontal gauche ne se traduisant depuis huit ans que par des crises d'épilepsie sans troubles psychiques différents de ceux qu'on trouve habituellement chez les comitiaux. Dans le dernier mois, la malade présentait une phase d'excitation psychique puis un état confusionnel stuporeux.

Cette observation nous paraît assez instructive, elle engage à examiner de très près les malades atteintes d'épilepsie tardive, et il convient à ce propos de mentionner ici que cette malade avait été soignée au-dehors par un neurologue qui considérait ses crises comme symptomatiques de syphilis cérébrale.

La séance est levée à 11 h. 45.

Le Secrétaire des séances,
Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 28 Décembre 1936

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Présidence : M. Cl. VURPAS, président

En ouvrant la séance, M. Cl. VURPAS, *président*, fait part à la Société du grave accident d'automobile dont vient d'être victime le D^r Paul ABÉLY, *secrétaire des séances*, et exprime le vœu unanime de tous les membres, pour le rétablissement de leur cher collègue.

Il présente les félicitations de tous au D^r Henri CODET et au D^r G. HALBERSTADT, *membres titulaires* de la Société, qui viennent d'être nommés *Chevaliers de la Légion d'Honneur*.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 12 novembre 1936 et le procès-verbal de la séance du lundi 23 novembre 1936 sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les D^{rs} BROUSSEAU, MARTIMOR, POMMÉ et VIÉ qui posent leur candidature aux places de *membre titulaire* résidant de la Société déclarées vacantes : la Société désigne une Commission composée de : MM. BEAUDOUIN, DEMAY, FRIBOURG-BLANC, LÉVY-VALENSI et MARCHAND pour l'examen de ces candidatures : l'élection aura lieu à la séance du lundi 25 janvier 1937 ;

une lettre de M. le D^r Maurice FEUILLADE, de Lyon, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

des lettres de MM. les D^{rs} PIRES DE LIMA, de Porto, et CANTACUZÈNE, de Bucarest, qui remercient la Société de les avoir élus *membres associés étrangers* ;

Election de trois membres titulaires honoraires

des lettres de M. le D^r DUPAIN, *membre titulaire* depuis le 25 juin 1888, M. le D^r ROGUES DE FURSAC, *membre titulaire* depuis le 28 février 1910, et M. le D^r ROUBINOVITCH, *membre titulaire* depuis le 25 mars 1895, qui demandent à être nommés *membres titulaires honoraires* : MM. les D^{rs} DUPAIN, ROGUES DE FURSAC et ROUBINOVITCH, remplissant les conditions exigées par l'article 3 des Statuts, reçoivent par un vote unanime le titre de *membre titulaire honoraire*.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. Roger ANGLADE, au nom d'une Commission composée de MM. ABADIE, R. ANGLADE et COURBON, sur les titres de M. le D^r TEULIÉ, il est procédé au vote :

Nombre de votants	19
Majorité absolue	10

A obtenu :

M. le D ^r TEULIÉ	19 voix.
-----------------------------------	----------

M. le D^r Guilhem TEULIÉ, médecin-chef à l'asile de Vauclaire (Dordogne), est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

Rapport de la Commission des finances

Exercice 1936

M. PACTET. — Messieurs, l'avoir de la Société, y compris les sommes dont elle est comptable au titre des prix à décerner, était, le 23 décembre 1935, de	32.479 96
Les recettes de 1936 ont été de	47.448 70
Total	79.928 66
Les dépenses de 1936 ont été de	43.991 15
Il reste donc en caisse un avoir global de	35.937 51
se décomposant ainsi :	
Société Médico-Psychologique	25.838 68
En dépôt au titre des prix à décerner :	
Prix Aubanel	6.631 60
Prix Belhomme	1.220 »
Prix Moreau de Tours	210 »
Prix Christian	2.037 30
Total	35.937 51

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 »
<hr/>	
Total	3.688 »

Après avis de la *Commission des Finances*, la Société, à l'unanimité des membres présents, approuve les comptes de 1936 et le budget de 1937 qui lui sont présentés, et vote des félicitations unanimes à Mme le D^r THUILLIER-LANDRY, trésorière.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

Les conditions économiques générales ayant obligé tous les périodiques à augmenter le prix de leur abonnement pour 1937, il en a été de même pour les *Annales Médico-psychologiques*. Cependant, afin de n'avoir pas à augmenter la cotisation des membres de la Société Médico-psychologique, les *Annales* seront servies en 1937 aux membres de la Société aux mêmes conditions que précédemment. Nous en remercions le Directeur des *Annales Médico-psychologiques*.

La *Table alphabétique des Annales Médico-psychologiques* n'a pas été publiée depuis 1878. Un grand nombre de membres de la Société ayant exprimé le désir de voir publier en un volume la *Table générale et alphabétique* de 1878 à 1930, le Conseil d'Administration de la Société Médico-psychologique et la Commission des Finances proposent que ce volume (actuellement en préparation) soit servi gratuitement, en 1937, à chaque membre de la Société par prélèvement sur les réserves, après entente avec le Directeur des *Annales Médico-psychologiques*.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité des membres présents.

Rapport du Secrétaire général

M. Paul COURBON. — Mon rapport sera bref, les chiffres que je vais citer étant plus éloquents que les paroles, pour prouver l'activité féconde de la Société et l'estime dont elle jouit en France et hors de France.

Au cours de cette année, elle aura tenu ce soir, 17 réunions, entendu 115 communications, élu 1 membre titulaire, 9 membres correspondants nationaux et 4 membres associés étrangers.

Le nombre de ses membres, défalcation faite des 4 décès qu'elle eut le chagrin d'enregistrer, ceux des docteurs Raymond MALLET et Julien RAYNIER, de Paris, des professeurs L. BOUMAN, d'Utrecht, et Santin Carlos ROSSI, de Montevideo, est, ce soir, de 412, dont 18 membres honoraires, 95 titulaires, 128 correspondants nationaux et 171 associés étrangers.

Parmi les communications présentées six ont eu pour auteur des collègues étrangers : un Brésilien et cinq Suisses. Je rappelle comme ayant été l'une des plus intéressantes de l'année la séance qui fut consacrée à la méthode toute nouvelle de thérapeutique des schizophrénies par le coma insulinaire.

D'un autre côté, la Société a distribué deux prix : le prix Aubanel de 3.000 fr. et le prix Moreau de Tours, de 200 fr.

L'an prochain, comme vous le savez, doit avoir lieu, à Paris, une Exposition internationale, à l'occasion de laquelle diverses Sociétés ont décidé de tenir des séances extraordinaires. Etant donné que de nombreux membres associés étrangers seront présents à Paris, le Conseil d'administration vous propose de tenir, à la date normale du lundi 26 juillet, une séance dans la matinée, consacrée à l'exposé d'une ou deux questions d'actualité, et une séance dans l'après-midi réservée à des communications diverses. Le dîner annuel de la Société aurait lieu le soir même et non le quatrième lundi de mai.

Pour décider de l'ordre du jour de ces séances, votre Bureau vous propose de désigner une Commission composée du Conseil d'administration, de la Commission des Finances et de tous les anciens présidents de la Société. Cette Commission se réunira le lundi 25 janvier 1937, avant la séance de la Société. *(Ces propositions mises aux voix par le président sont votées à l'unanimité).*

Quant à la question financière, si épineuse par la rude période de crise que nous traversons, elle vous a été présentée dans le rapport de la Commission des Finances.

Le Secrétaire général ne saurait trop exprimer sa reconnaissance au Rédacteur en chef des *Annales*, le Dr René CHARPENTIER, pour l'art avec lequel il ménage les deniers de la Société tout en accordant à son *Bulletin* une place de plus en plus grande dans sa magnifique revue, tout en comblant par la publication de la table des matières des *Annales* de 1878 à 1930, une lacune qui était extrêmement préjudiciable à la mise en valeur et à l'utilisation des travaux de la Société. Grâce à lui, la cotisation ne sera pas augmentée.

J'exprime également ma reconnaissance à la trésorière-archiviste, Mme le Dr THULLIER-LANDRY, dont la Société acceptera avec peine la démission ; aux secrétaires des séances, les Drs Paul ABÉLY et Paul CARRETTE, dont l'activité zélée est la condition même de la publication régulière du compte rendu ; à tous les membres de la Société enfin, pour la bienveillance et la collaboration qu'ils ont apporté au Secrétaire général.

Election du Bureau pour l'année 1937

Conformément à l'article 5 des Statuts et à l'article 35 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 D^r René CHARPENTIER, vice-président, devient de droit *président* de la Société pour l'année 1937.

Election du vice-président

Nombre de votants	22
Majorité absolue	12

Ont obtenu :

MM. FILLASSIER	18 voix.
LAIGNEL-LAVASTINE	2 —
CAPGRAS	1 —
Bulletin blanc	1 —

M. le D^r FILLASSIER est élu *vice-président* de la Société pour 1937. Conformément à l'article 5 des Statuts, il sera de droit président de la Société Médico-psychologique pour l'année 1938.

Election du secrétaire général

Nombre de votants	22
Majorité absolue	12

Ont obtenu :

MM. COURBON	20 voix.
Paul ABÉLY	1 —
ANGLADE	1 —

M. le D^r COURBON est élu *secrétaire général* de la Société Médico-psychologique.

Election du trésorier archiviste

Mme le D^r THUILLIER-LANDRY ayant demandé à être relevée des fonctions qu'elle accomplit depuis 6 ans avec tant de dévouement et tant de succès pour la Société, le Conseil d'administration lui exprime sa reconnaissance et accède, avec peine, à sa demande.

Nombre de votants	22
Majorité absolue	12

Ont obtenu :

MM. Georges COLLET	21 voix.
VIGNAUD	1 —

M. le D^r Georges COLLET est élu *trésorier-archiviste* de la Société Médico-psychologique.

Election de deux secrétaires des séances

Nombre de votants	22
Majorité absolue	12

Ont obtenu :

MM. Paul ABÉLY	21 voix.
Paul CARRETTE	20 —
ANGLADE	1 —
Bulletins blancs	2 —

MM. les D^{rs} Paul ABÉLY et Paul CARRETTE sont élus *secrétaires des séances* de la Société Médico-psychologique.

Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1937

Le Bureau de la Société est donc ainsi composé pour l'année 1937 :

Président : M. le D^r René CHARPENTIER.

Vice-Président : M. le D^r O. FILLASSIER.

Secrétaire général : M. le D^r Paul COURBON.

Trésorier-archiviste : M. le D^r Georges COLLET.

Secrétaires des séances : MM. les D^{rs} Paul ABÉLY et Paul CARRETTE.

Conseil d'Administration

Conformément à l'article 5 des Statuts, pendant l'année 1937, en s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, MM. Th. SIMON et Cl. VURPAS, 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 D^{rs} PACTET et CAPGRAS sont réélus membres de la Commission des Finances.

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 1937 par la Société expire le 31 décembre 1936. Toute demande parvenue au Secrétaire général après cette date ne pourrait, éventuellement, participer qu'au concours de 1938.

SÉANCE ORDINAIRE

Présidence : M. Cl. VURPAS, président

COMMUNICATIONS

Volumineuse tumeur cérébrale et troubles mentaux à début très ancien, par MM. J. RONDEPIERRE et J.-R. CUEL.

Il nous a paru intéressant de vous rapporter l'observation d'une femme que l'autopsie a révélée porteuse d'une volumineuse tumeur fronto-temporo-pariétale et dont les premières manifestations psychopathiques remontaient à 34 ans.

Il s'agit d'une malade traitée pour la première fois de 1901 à 1904, et réinternée en 1918, et décédée à l'asile après 17 ans de troubles mentaux continus. Voici la copie des certificats la concernant :

16 juillet 1918 : « Etat de demi-mutisme avec idées de persécution « absurdes. Elle a apostrophé les voisins, il y a quelques jours, disant « que c'était de leur faute s'il y avait la guerre. Les voisins disent du « mal d'elle. Accès analogue il y a vingt ans. » D^r Ph. CHASLIN, Médecin de la Salpêtrière.

17 juillet 1918 : « Dépression mélancolique avec idées de persécution. On lui en voulait, on disait du mal d'elle. Idées de suicide. « Déjà traitée. » D^r DAGONET (Asile Clinique).

24 juillet 1918 : « Délire hallucinatoire. Idées de persécution : on

« dit du mal d'elle, on l'a violée, etc. Déjà traitée à plusieurs reprises. » D^r A. VIGOUROUX (Asile de Vaucluse, S.-et-O.).

7 août 1918 (quinzaine) : « Confusion mentale avec alternatives de *turbulence*, avec gestes stéréotypés, rire aux éclats et de *dépression* avec mutisme presque complet. Persistance des idées de persé-



FIG. 1. — La tumeur

cution : dans sa maison les voisins disaient du mal d'elle ; un jeune homme est entré dans sa chambre et l'a « décollée », partout elle avait l'impression qu'elle gênait, etc. Attitude bizarre. Syphilis remontant à six années régulièrement traitée. Liquide céphalo-rachidien normal. Déjà traitée à Vaucluse de 1901 à 1904. » D^r A. VIGOUROUX.

10 juin 1924 : « Psychose paranoïde. » D^r GÉNIL-PERRIN.

13 juin 1924 : « Manie aiguë, probablement liée à une psychose périodique et s'accompagnant d'idées de persécution (elle a toujours eu des ennemis mortels, sa belle-sœur l'a diffamée), excitation

« psychique et motrice, logorrhée, fuite des idées, mobilité de l'humeur et de l'attention avec euphorie habituelle, propos grossiers, insomnie, soliloques. » D^r MAUPATÉ.

26 juin 1924 (quinzaine) : « Manie aiguë semblant liée à une chose périodique (ayant déjà motivé deux internements, dit-elle). » Excitation psychique et motrice, logorrhée, fuite des idées, mobilité de l'humeur et de l'attention, avec euphorie habituelle, propos grossiers, soliloques, idées de persécution. » D^r MAUPATÉ.

1924 : Semble hallucinée de l'ouïe (?).

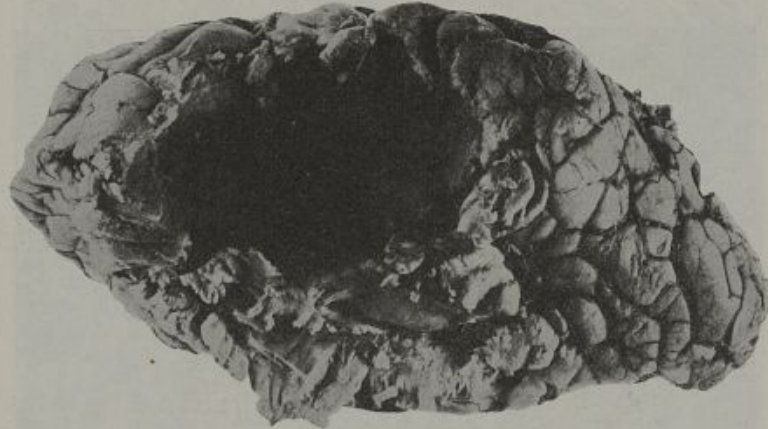


FIG. 2. — Le cerveau après énucléation de la tumeur

1928 : Excitation psychique ; souvent agitée, crie, injurie, menace, brise tous les objets à portée de sa main, les vitres notamment.

1930 : Même état. Agitée. Incohérente. Réactions violentes.

1931 : Presque toujours agitée, désordonnée, incohérente, indifférente, complètement inactive.

1933 : Très affaiblie au point de vue intellectuel. Incohérente, grossière, parfois agitée.

Ne s'intéresse ni à sa famille, ni à ce qui l'entoure.

Ne s'occupe jamais.

Toujours en bon état physique.

1934 : Calme depuis plusieurs mois, mais toujours indifférente, apathique, sans aucune initiative. Hallucinée (H. auditives).

Santé physique bonne.

1935 : Hallucinations auditives.

16 mai 1935 : « Je crois qu'on me parle (dit en riant), je ne sais pas qui. »

Entend des voix et leur répond.

Hallucinations visuelles ; elle affirmait voir des personnages imaginaires et elle les menaçait.

Durant les quatre mois ayant précédé la mort, elle ne parlait plus et faisait des gestes comme si elle était entourée de gens.

Il n'y a jamais eu de crises convulsives.

TROUBLES NEUROLOGIQUES AYANT PRÉCÉDÉ LA MORT. — Depuis plusieurs semaines, la malade s'affaiblissait de plus en plus intellectuellement et physiquement.

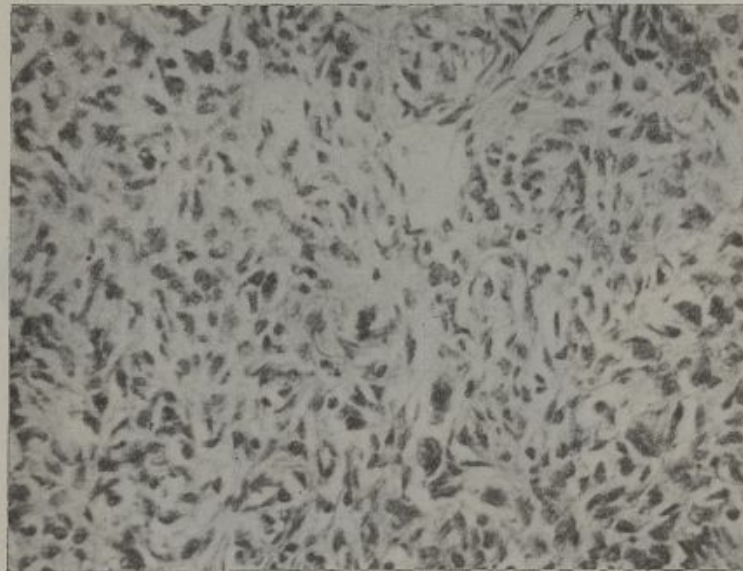


FIG. 3

Le 12 janvier elle fait une chute sans perte de connaissance appréciable. Sa température s'élève brusquement à 40°. A ce moment pas de phénomènes paralytiques ; pas de signes pulmonaires. Au cœur : souffle systolique piaulant de la pointe. Arythmie.

Tension artérielle : 24-11 1/2 (Pachon).

Le 13 : chute de la fièvre, température normale le 14 et le 15.

Le 16 : nouvelle ascension de la température (à 40°3).

La parole est bredouillée, pâteuse, inintelligible.

Petite saignée. Acécoline.

Le pouls bat à 112.

Le 17 janvier : nouvelle chute de la température.

Le 18 : apparition de symptômes d'hémiplégie droite, d'abord légers et qui vont s'accroître les jours suivants : ptosis de la paupière supérieure droite, déviation de la face vers la gauche, paralysie de la VI^e paire crânienne à droite, enfin peu à peu perte de la motricité au membre supérieur et inférieur droit.

Le signe de Babinski est positif et bilatéral.

Urée sanguine (le 16 janvier) : 0 gr. 66.

Lavement purgatif. Acécoline.

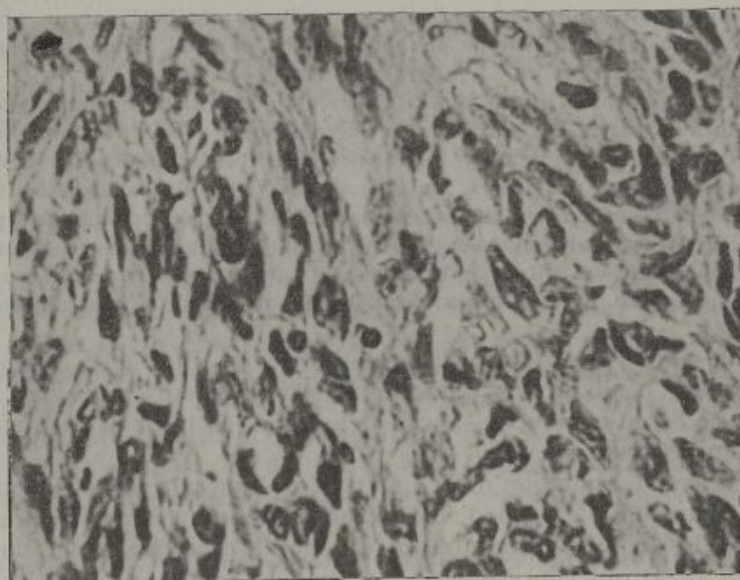


FIG. 4

Réascension thermique le 20 janvier (38°9).

Aucune régression des symptômes observés, apparition d'une escharre.

Le 26 janvier, température 39°7. Décès à 14 heures dans le collapsus.

Au point de vue psychiatrique depuis l'admission à Fains (1924), la malade n'a jamais cessé d'être agitée et grossière. Très impulsive elle brisait fréquemment les vitres.

Peu à peu la maladie évolua vers un état de plus en plus avancé de désagrégation psychique : excitation cérébrale permanente, euphorie niaise, incohérence et trivialité des propos : inactivité, inaptitude à tout travail, malpropreté, gâtisme urinaire, puis complet.

Placée dans le quartier des gâteuses (août 1934), la malade finit dans la démence la plus complète (torpeur et somnolence), ruine de

toutes les facultés affectives et intellectuelles ; il ne subsistait plus des anciennes idées délirantes de persécution que des propos incohérents, pratiquement inintelligibles, toutefois l'existence des hallucinations a été constatée de façon certaine.

EXAMEN ANATOMIQUE. — Sur l'hémisphère gauche, on trouve une masse tumorale, du volume d'un gros œuf environ, irrégulièrement arrondie, avec de très nombreuses bosselures et développée aux dépens de la méninge, au niveau de la face inféro-externe, partie postérieure, du lobe frontal (fig. 1 et 2).

Cette masse, qui est séparée du parenchyme cérébral par un plan de clivage très net, refoule en haut le lobe pariétal gauche et légèrement en arrière le pôle temporal du même côté.

Histologiquement (fig. 3 et 4), la tumeur, de constitution homogène, est formée par des cellules assez polymorphes, avec prédominance de cellules irrégulièrement fusiformes. Elle renferme d'assez nombreux faisceaux collagènes, mais ne contient pas de calco-sphérîtes.

Cette production rentre dans la catégorie des méningiomes à type glial dont la nature neuro-épithéliale est aujourd'hui admise presque généralement. On sait en effet (Nageotte) que cette origine n'est pas infirmée parce que ces tumeurs contiennent de la substance collagène.

Il s'agit d'une tumeur à évolution lente. Était-elle capable d'évoluer pendant une quarantaine d'années sans entraîner la mort ? Serait-ce elle qui aurait déterminé les troubles mentaux initiaux survenus en 1901 ?

La longue rémission de 14 ans ne s'expliquerait pas, et il semble bien qu'il s'est agi d'abord d'une psychose maniaco-dépressive ; les troubles mentaux ont changé de caractère à une date (vers 1924) qui pourrait bien correspondre, sinon à l'apparition de la tumeur, du moins à son extension notable ; les hallucinations auditives apparaissent, puis c'est l'évolution vers la désagrégation psychique, donnant le tableau de la démence paranoïde ; enfin, en 1931, c'est l'affaiblissement intellectuel global qui s'installe ; en 1934, c'est une symptomatologie de démence, type démence organique, sans signes neurologiques nets ; en 1935, les hallucinations visuelles sont pour la première fois notées.

Enfin, les quatre derniers mois on constate : inertie, abrutissement, somnolence, et peut-être, passagèrement, aphasie ; enfin l'hémiplégie droite, installée progressivement les derniers jours, vint signer l'origine grossièrement organique de cette démence.

Il semble que les premiers troubles mentaux observés aient été dus à une psychose périodique (premier accès vers 1900, suivi, croit-on, de rémission complète).

Il n'est guère possible de dire si la tumeur naissante a transformé en démence paranoïde cette psychose périodique, mais les hallucinations visuelles et auditives des derniers mois ayant précédé la mort paraissent bien en rapport avec le néoplasme.

Mort subite au cours de l'alimentation artificielle, par la sonde œsophagienne, par MM. TRILLOT, DUCOUDRAY et RAUCOULES (d'Albi).

Les accidents qui peuvent survenir au cours de l'alimentation artificielle par la sonde œsophagienne, sont assez rares, lorsque cette opération si courante est pratiquée avec précaution. En général, il s'agit de fausses directions du cathéter et de pénétration du liquide nutritif dans le larynx, la trachée et les bronches. Si l'opérateur est prudent et expérimenté, ces accidents ne se produisent pas. En effet, dès que la sonde pénètre dans le larynx, le malade se congestionne et tousse ; à chaque expiration, l'air sort brusquement par le pavillon ; il suffit de retirer rapidement la sonde jusqu'à l'orifice postérieur des fosses nasales, et d'en recommencer l'introduction dans la bonne voie. Chez certains malades prostrés (confus, stuporeux), il est recommandé de verser quelques gouttes d'eau bouillie, si l'on a le moindre doute ; si l'eau s'écoule sans difficulté, sans déterminer de quinte de toux, la sonde est bien placée, et l'on peut sans danger verser le liquide. Grâce à cet ensemble de précautions, les dangers d'asphyxie immédiate ou de broncho-pneumonie tardive sont écartés.

De toute autre nature, et aussi beaucoup plus rare est l'accident mortel dont nous vous présentons l'observation.

OBSERVATION. — Mme C... Rosalie, âgée de 64 ans, entre à l'asile d'Albi, le 14 novembre 1936 ; elle présente les troubles mentaux suivants : dépression mélancolique avec anxiété, idées délirantes de persécution, de préjudice, de culpabilité. « On lui a tout pris, on va tuer sa fille ; elle est une sacrilège. » Orientation imprécise dans le temps, sur sa personne. Affaiblissement mnésique. Diminution de l'attention. Agitation anxieuse, violente, cris. A dû être maintenue chez elle avec des cordes qui ont provoqué de larges ecchymoses. Tentative de fugue.

Etat toxi-infectieux : langue saburrale ; fuliginosités au niveau des dents ; douleur à la palpation de l'abdomen et du foie ; teint subictérique ; constipation ; température 38°4 ; pouls 82 pulsations à la minute, bien frappé, régulier. Tension artérielle, Max. : 13,5 ; Min. : 8,5 (appareil Vaquez-Lauby).

Urines rares, foncées, 250 gr. par 24 heures. Traces d'albumine ; absence de sucre.

Urée sanguine : 1 gr. 04 par litre.

Mme C... s'alimentant insuffisamment, malgré l'insistance des infirmières, nous décidons de pratiquer l'alimentation artificielle. Le passage de la sonde à travers les fosses nasales se fait non sans difficulté ; on est obligé d'utiliser une sonde de petit calibre, qui parvient cependant à pénétrer dans l'estomac, et la malade arrive ainsi à absorber un litre de liquide et les prescriptions médicamenteuses.

Deux fois par jour, on procède à la même opération, avec les mêmes difficultés, lors de la traversée de la cavité des fosses nasales.

Le 20 novembre, le refus d'aliments persistant, la malade ayant rejeté en outre la majeure partie du liquide absorbé la veille, on recommence le matin l'alimentation artificielle. La sonde pénètre dans l'estomac, tandis que Mme C... ne cesse de gémir et de crier : « Vous me tuez, laissez-moi respirer. » Un demi-litre de lait est déjà passé dans l'estomac, lorsque la malade cesse de respirer, pâlit, les yeux deviennent hagards, la respiration cesse. La projection d'eau froide sur le visage, quelques soufflets suffisent à la ranimer. Au bout de quelques secondes les téguments reprennent leur couleur, et elle dit, comme si rien d'anormal ne s'était passé : « Je viens de chez moi. » L'opération se termine sans aucun autre incident.

Durant la journée, Mme C... absorbe quelques gorgées de liquide qu'elle rejette en fusée, après un très court séjour dans l'estomac ; le soir, vers 16 h. 30, on procède à nouveau à l'alimentation artificielle. Avec les mêmes difficultés, la sonde bien lubrifiée est introduite par la voie nasale ; la malade, dès le début, proteste, s'agite, répète sans cesse : « Vous allez me tuer, vous m'étouffez, laissez-moi respirer. » Son faciès est coloré, plus coloré que d'ordinaire, par suite de la résistance opposée. La sonde a pénétré sur une longueur de 14 à 15 cm., lorsque la malade se tait brusquement, cesse de résister, ses téguments et ses muqueuses pâlisent subitement, prenant un teint cireux ; on retire immédiatement la sonde ; les moyens ordinaires, aspersion d'eau froide, flagellation de la face, restent vains ; la respiration est abolie, le pouls radial n'est plus perçu, l'auscultation du cœur révèle une tachycardie à rythme embryocardique ; les bruits cardiaques sont lointains et sourds ; ils deviennent de plus en plus lointains et de plus en plus sourds, et cessent rapidement en moins de deux minutes. Cependant que nous auscultons la malade, les infirmières font une injection sous-cutanée d'huile camphrée. La respiration artificielle avec tractions rythmées de la langue est pratiquée ; deux minutes et demi après le début de la syncope, nous faisons une injection d'adrénaline intra-cardiaque ; les mouvements du cœur sont nuls, ainsi qu'en témoigne l'immobilité du pavillon de l'aiguille, l'adrénaline ne les fera pas renaître. La respiration artificielle, les frictions sur le corps, bien inutiles après l'arrêt du cœur, mais continuées avec zèle par le personnel pendant 45 minutes, ne donnent aucun résultat.

Au moment où l'on cesse tout traitement, on constate l'hypotension du globe oculaire et l'apparition du voile cornéen.

L'autopsie ne peut être pratiquée, la famille ayant réclamé le corps, et ayant fixé l'heure des obsèques juste 24 heures après la mort.

Avant de terminer cette observation, il importe de bien préciser que Mme C... ne présentait pas de lésions cardiaques.

Cet accident dramatique, a rappelé à l'un de nous un accident analogue, non moins dramatique, survenu dans des conditions identiques à l'un de ses malades en 1930.

En voici l'observation résumée :

M. F..., 60 ans, mélancolique anxieux avec idées de culpabilité, d'indignité, de condamnation ; refus d'aliments, agitation anxieuse continue.

A plusieurs reprises, le malade est alimenté à la sonde nasale, sans aucun incident. Le 5 décembre 1930, au moment où l'on va procéder à l'alimentation artificielle, le malade se trouve dans un état d'angoisse paroxystique extrême ; il erre à travers sa chambre, se tordant les mains de désespoir, sanglote et crie : « Voici ma mort... vous allez me tuer. »

Il lutte de toutes ces forces contre les infirmiers chargés de le maintenir immobile ; il faut déployer un gros effort pour allonger sur son lit ce vieillard encore vigoureux. Cette résistance opiniâtre, qui dure quelques minutes, impose au sujet une fatigue indiscutablement importante.

Le malade étant couché à plat sur son lit, la sonde est introduite dans le nez ; il résiste toujours et lutte de toutes ses forces contre les mains qui le maintiennent immobile. La sonde est enfoncée très lentement de 12 à 15 cm. environ. Le malade lutte toujours et répète sans cesse : « Vous me tuez, vous me tuez. » Les cris indiquent que la sonde n'est pas entre les cordes vocales, le malade ne manifeste d'ailleurs aucun signe de suffocation.

Mais tout à coup, alors que la sonde est toujours enfoncée de 12 à 15 cm., M. F... cesse de parler, ses contractions musculaires faiblissent considérablement ; il ne lutte plus contre ceux qui le maintiennent ; il est tout à fait inerte. Son faciès congestionné au cours de la lutte pâlit légèrement, sans cependant devenir blême ; la respiration s'est arrêtée. On retire immédiatement la sonde ; le pouls est très faible ; on perçoit quatre à cinq pulsations radiales, puis il s'arrête ; le cœur présente encore deux à trois contractions très faiblement perçues à l'auscultation, puis il s'arrête. Les globes oculaires sont mous ; le voile cornéen apparaît.

Une heure de respiration artificielle ne ranime pas le sujet.

Dans ces deux observations, les malades présentaient l'un et l'autre un état important d'anxiété. Les réflexes oculo-cardiaque

et solaire n'avaient pas été recherchés, et nous regrettons vivement cette omission ; nous aurions peut-être acquis la notion d'un état d'hypervagotonie ou d'hypersympathicotonie.

La mort de notre première malade, Mme C..., est cliniquement comparable à l'exitus par syncope blanche, qui se produit parfois au début d'une anesthésie, notamment dans l'anesthésie au chloroforme. Au moment où le masque vient d'être appliqué, le patient dont l'examen sérieux a cependant révélé l'absence de toute lésion cardiaque, fait la première inspiration, pâlit subitement et meurt.

On peut encore rapprocher ces deux observations des morts subites décrites dans les Traités de Médecine légale, à la suite d'un traumatisme du larynx, traumatisme parfois très léger, d'un choc sur l'abdomen, sur les testicules, et aussi des syncopes déclenchées par la recherche du réflexe oculo-cardiaque chez les hypervagotoniques.

Quel est le mécanisme de la mort de nos deux malades ? Il semble bien qu'il s'agisse là d'un véritable réflexe inhibiteur.

La sonde avait été introduite chez des malades anxieux, résistant avec énergie ; elle n'avait pas pénétré dans le larynx, et se trouvait dans le pharynx ; il est plausible d'admettre que le cathéter irritant la muqueuse pharyngée, dont la sensibilité très vive est due au plexus pharyngien, ait déterminé un réflexe à voie centripète représentée par le pneumogastrique sensitif. Le centre réflexe serait situé dans le bulbe, et la voie centrifuge serait constituée par le vago-spinal, dont le rôle inhibiteur dans l'innervation cardiaque est démontré par la physiologie.

L'anxiété intense, liée peut-être à un état d'hypervagotonie, ou d'hypersympathicotonie (malheureusement non vérifié au moment où l'on pratiqua l'alimentation artificielle) aurait joué un rôle favorisant dans ce phénomène d'inhibition.

Nous avons exposé ces observations, dans l'espoir que nos collègues voudront bien nous éclairer sur les causes de la mort subite dans ces deux cas, et qu'ils nous communiqueront les observations analogues qu'ils ont pu relever.

*
**

L'alimentation artificielle n'est donc pas une intervention absolument sans danger. Outre les accidents asphyxiques liés à la pénétration de la sonde ou à l'introduction du liquide nutritif dans le larynx, la mort par syncope peut survenir, rarement il est vrai.

Il importerait de rechercher avec prudence les réflexes végétatifs (réflexe oculo-cardiaque, réflexe solaire), chez les malades résistants, notamment chez les anxieux. Si cet examen révèle une hypervagotonie, l'injection sous-cutanée préalable d'atropine ou d'atropine-morphine (selon le traitement préconisé par Dastre pour prévenir les syncopes chloroformiques initiales) pourrait, semble-t-il, éviter de tels accidents. Nous préférons l'atropine à l'adrénaline, d'abord par suite de l'action paralysante qu'exerce l'atropine sur les terminaisons du pneumogastrique, ensuite à cause de l'action initiale vagotonisante de l'adrénaline, qui n'excite le sympathique que dans une seconde phase.

De même, il semble indispensable d'avoir à sa disposition, avant de procéder à l'alimentation artificielle, une seringue de deux cm³, une longue aiguille, le tout stérilisé d'avance, et une ampoule d'atropine à un quart de milligramme, ou d'adrénaline un milligramme. Cette précaution permettrait de faire une injection intra-cardiaque dès le début de la syncope, alors que le cœur n'a pas encore cessé de battre.

L'alimentation artificielle doit être considérée comme une intervention de petite chirurgie, qui comme telle, ne peut être confiée qu'à un médecin, et ne doit jamais être pratiquée par un infirmier.

Enfin, pour terminer, il importe de noter que les mêmes précautions doivent être prises, que l'alimentation soit pratiquée par voie nasale ou par voie buccale.

M. PICARD. — De tels cas prouvent le danger du gavage stomacal par la sonde. Aussi ne faut-il y recourir qu'exceptionnellement. On peut y suppléer par les injections de sérum glucosé hypertonique que j'emploie avec succès contre la sitiophobie, comme le fait M. Desruelles.

M. GUIRAUD. — Les injections de sérum glucosé hypertonique ne m'ont jamais donné de résultat. Et les accidents provoqués par le gavage stomacal sont exceptionnels, quand c'est un médecin ou un étudiant expérimenté qui l'exécute. C'est le meilleur procédé pour nourrir les malades négativistes. Mais c'est une opération délicate qu'il ne faut jamais laisser faire par des infirmiers. Et il faut toujours avoir sous la main ce qui est nécessaire pour conjurer l'asphyxie.

M. DUPAIN. — Je n'ai jamais constaté de mort subite par le gavage stomacal. Mais seul le médecin doit l'exécuter.

Hallucinations visuelles projetées et dessinées chez une délirante chronique, par MM. TRILLOT et DUCOUDRAY (d'Albi).

Les crimes mystérieux dont l'auteur demeure inconnu malgré les recherches de la police, les disparitions sensationnelles rapportées dans la presse avec promesse d'une somme d'argent destinée à récompenser les enquêteurs bénévoles, amènent immédiatement des témoignages fantaisistes d'individus, dont les uns sont attirés par l'appât du gain, les autres par le désir de faire parler d'eux. Il existe aussi une troisième catégorie de sujets sincères avec eux-mêmes, qui désirent aider la police soit par des méthodes para-scientifiques comme les radiesthésistes, soit par leur imagination par trop féconde ou par l'interprétation de troubles psycho-sensoriels.

La malade dont nous allons vous exposer l'observation rentre dans cette dernière classe. Elle nous fut adressée en janvier dernier par notre confrère ophtalmologiste, le D^r Carlet-Soulages, d'Albi, qu'elle était allée consulter.

Mlle L..., âgée de 60 ans, vit avec sa vieille mère, très sourde et qui aurait eu une « attaque » il y a quatre ans. Le père serait décédé il y a vingt ans des suites d'une blessure reçue au cours de la guerre de 1870. La sœur de la malade est morte à 28 ans d'albuminurie gravidique quelques jours après un accouchement. Le frère de la malade est décédé à 46 ans de tuberculose pulmonaire.

Dans les antécédents de Mlle L..., on relève à 20 ans une typhoïde avec, semble-t-il, réaction méningée qui lui fit garder le lit durant six mois ; peu après elle eut une « fièvre muqueuse ». Les renseignements donnés par Mlle L..., sur cette affection, sont extrêmement imprécis.

Actuellement l'état général est assez satisfaisant, la malade se plaint seulement de douleurs rhumatismales. L'examen cardio-vasculaire ne révèle aucune anomalie, le pouls est régulier, la tension artérielle est de 18 pour la maxima, 8 pour la minima.

Nous n'avons relevé chez Mlle L... aucun trouble neurologique sensitif, moteur, réflexe ou trophique qui révèle une atteinte du névraxe soit diffuse, soit localisée.

Au point de vue oculaire, le D^r Carlet-Soulages signale un astigmatisme bilatéral, l'acuité visuelle est après correction de 9/10 à droite et à gauche, c'est-à-dire que la vision peut être considérée comme normale.

L'examen mental montre chez notre malade des troubles complexes.

Tout d'abord un état délirant à thème de persécution basé essentiel-

lement sur des interprétations fausses, interprétations dont le nombre, la richesse et la subtilité dénotent d'ailleurs l'existence chez cette malade d'une certaine facilité imaginative. Mlle L... nous dit ainsi être en butte aux tracasseries et à la méchanceté de ses voisins depuis quelques années. Elle expose sans réticence toutes les persécutions dont elle est l'objet : « On lui a volé une poule, on lui en a empoisonné deux autres, ainsi qu'un pigeon ; elle a voulu faire analyser les cadavres de ces animaux, mais le pharmacien lui a demandé 300 francs pour cet examen et elle ne pouvait faire cette dépense. On jette à ses pigeons un acide qui verdit leur nourriture. Un voisin lui a coupé un coin de mur avec un ciseau, on lui a « épongé » ce mur : le mortier de ce mur ne faisait pas en effet de salpêtre autrefois, alors qu'à présent il en fait, d'ailleurs un matin le mur était tout humide, elle l'a lavé avec une brosse et de l'eau : elle a eu les ongles tout rongés, ce qui prouve bien qu'on avait badigeonné son mur avec un acide... Lors de l'inondation, le sieur G... son voisin, a dû favoriser la chute du mur de son jardin, car il y avait des traces de pas près de ce mur et ce voisin a déclaré que c'était elle qui avait dessiné ces traces, d'ailleurs quand l'inondation fait tomber un mur, il en reste toujours un pan, tandis que du sien il ne restait rien, c'est donc bien une main criminelle qui est intervenue. Enfin, après la chute du mur elle a trouvé deux « cordons Pickford » sous les débris et ces cordons contenaient encore de la poudre. On pénètre dans son jardin, ce sont toujours les mêmes traces de pas qu'elle constate ; pensant prendre l'intrus elle acheta un piège, mais elle n'osa pas le tendre... Tout le jardin est intoxiqué, la terre est verte du poison qu'on y jette et elle sent mauvais... Les limaces même sont tuées. Les fruits tombent à terre, ils présentent des trous noirs comme si on avait fait des piqûres dans leur chair ; elle en a porté au commissaire de police qui lui déclara que c'était là seulement des points gâtés.

« La femme N... la regarde toujours en dessous, elle a toujours l'air de se moquer... Les voisins épient tout ce qu'elle fait ; ils la surveillent, on doit pénétrer chez elle, car bien des objets disparaissent ou sont déplacés. Elle pense qu'une femme lui a jeté un « mauvais sort », car un jour où elle remuait des nouilles, ayant pensé à cette femme, le fond du pot est tombé.

« Elle a senti jadis des piqûres dans le cœur ; elle avait acheté sa maison en viager, la propriétaire voulait lui reprendre cette maison ; pour cela, elle est passée avec une tireuse de cartes près de la maison et la malade a compris à la mimique de la propriétaire que celle-ci demandait à la tireuse de cartes de faire mourir Mlle L... par quelque maléfice. La malade alla alors trouver une autre tireuse de cartes qui lui dit qu'on la piquait dans un bon endroit et qu'elle serait morte si elle n'était pas venue la trouver. Cette chiromancienne ayant détourné le mal sur les poules de la malade, effectivement plusieurs poules moururent, mais elle ne souffrit plus du cœur.

« L'eau de son puits a été empoisonnée : quand elle en buvait, elle avait un goût de vert-de-gris dans la bouche, elle crachait parfois un peu de sang, elle avait des coliques. Depuis qu'elle a cessé d'en boire, elle ne ressent plus ces troubles.

« Ce qui prouve bien qu'elle a été intoxiquée, c'est qu'un jour, où elle s'est blessée au genou gauche, il s'est écoulé « comme de la rouille et du vert-de-gris » par la plaie ; depuis, cette plaie s'est cicatrisée, la jambe gauche marche mieux que la droite, le poison de cette première jambe, étant parti par la blessure.

« Enfin, l'électricité lui faisait mal à l'estomac, ainsi qu'à sa mère, mais ces malaises ont cessé depuis qu'elle a entouré l'ampoule de papier. »

Tous ces tracasseries datent de 1931, mais, depuis un an environ, tout s'est aggravé. Elle souffre beaucoup de la méchanceté de ses ennemis, elle ne dort pas tranquille.

Elle a porté plainte oralement à la gendarmerie en août 1934, pour la dégradation du mur et le vol de la poule, au commissaire de police, pour l'empoisonnement des poules et pour l'innoculation de ses fruits. Elle a écrit enfin, une plainte au Procureur de la République.

A ces affirmations, dont la nature délirante est certaine, Mlle L... ajoute le récit de discussions authentiques qu'elle a eues récemment avec l'administration municipale à propos de fusains plantés devant sa porte et qui avancent trop sur la rue. Dans ce récit de faits réels elle intercale des interprétations non fondées, qui témoignent de sa tendance délirante.

A chaque interrogatoire, Mlle L... nous expose avec une certaine complaisance, des persécutions toujours plus nombreuses constituant un délire touffu, sans systématisation bien ferme, très abondant, s'enrichissant tous les jours et où l'imagination a une part certaine. Cependant les sollicitations des examinateurs ne modèlent nullement les dires de la malade.

Nous n'avons pu mettre en évidence chez cette malade, l'existence d'hallucinations auditives, ni même, fait important dans ce cas, d'hallucinations visuelles nettes ayant trait au délire ; ce n'est que récemment, en février 1936, que la malade « aurait presque vu une fois par terre, la tête de son voisin G... » (principal persécuteur).

A côté de ses idées et de ses interprétations délirantes qui sont banales, Mlle L... présente des hallucinations visuelles, qui nous ont paru intéressantes à rapporter.

A l'âge de 18 ans, un soir qu'elle regardait le ciel, elle vit une étoile qui fila et s'épanouit « comme un grand chapeau de saint avec une figure au milieu » et alla tomber sur la maison du Colonel T... ; c'était peut-être saint Gabriel, parce qu'elle devait se marier avec un garçon appelé Gabriel et justement à ce moment, elle l'attendait...

Beaucoup plus tard, à 47 ans, comme elle s'éveillait, elle vit, assise sur son bras sainte Bernadette qui alla ensuite s'asseoir sur le coin

d'une armoire. La sainte avait une robe blanche, une ceinture bleue et un voile noir.

Ces deux visions se différencient absolument par la coloration, l'étendue spatiale, leur mobilité, des dessins que la malade voit actuellement.

En février 1934, au moment de l'affaire Prince, elle commença, en effet, à voir des dessins sur le plancher et sur les murs, aussi bien chez elle que dans une maison étrangère ; elle en voit en outre un peu partout : dans le feu, sur la grille du foyer, dans le ciel.

Ces dessins sont sans relief, immobiles ; comme les clichés des journaux, ils sont noirs et blancs.

Il suffit que la malade regarde le sol pour qu'elle aperçoive tout d'abord, un contour peu net, qui se complète sous ses yeux ; elle voit alors « de tout », suivant son expression, des hommes, des femmes, des châteaux, des paysages, etc...

Invitée à nous révéler ce qu'elle voit sur le plancher de la salle où nous l'examinons, elle prend un crayon, trace quelques traits, se redresse légèrement examine attentivement pendant quelques minutes le plancher, puis reprend son tracé et arrive ainsi à faire un dessin grossier, enfantin, véritable énigme graphique à laquelle elle donnera ultérieurement un sens.

Chez elle, elle ne se contente pas de fixer par le crayon ce qu'elle voit, elle décalque ce dessin sur un papier transparent qu'elle conserve soigneusement plié et même repassé au fer. C'est avec un certain nombre de ces décalques qu'elle vient nous trouver pour la première fois.

Au moment où cette vision lui apparaît, son esprit n'est nullement préoccupé par la représentation de tel ou tel événement ; elle dit, par exemple : « Je vois un homme, là-bas, c'est un enfant... je ne sais pas ce que c'est » et elle n'attache pas d'importance à cette apparition. Mais le lendemain, si elle lit dans un journal un fait divers quelque peu sensationnel : l'enlèvement du petit Claude Malméjac, par exemple, elle rapproche de cet événement la vision de la veille et attribue à cette dernière une signification : l'enfant vu était le petit Claude, l'homme, le ravisseur. La vision est primitive, l'interprétation est postérieure, secondaire, tardive.

Cependant il importe de remarquer que lorsqu'un thème d'interprétation a été admis par la malade, elle a tendance désormais à interpréter immédiatement et conformément à ce thème les dessins vus les jours suivants.

Depuis février 1934, Mlle L... a vu ainsi le Conseiller Prince ligoté sur la voie, puis coupé en morceaux, l'enlèvement et le meurtre de Nicole Marescot, l'affaire de la Belle-Epine, le rapt des deux fillettes de la Rochelle, celui du petit Claude Malméjac et tout récemment l'assassinat de Mme Garola.

Nous n'avons pas cru devoir vous rapporter la grande quantité de

Ces dessins apparaissent sur toute surface éclairée : le jour ou à la lumière artificielle ; la demi obscurité ne favorise pas leur apparition, l'obscurité complète les fait disparaître ; nous avons éteint l'éclairage de notre salle d'examen, aussitôt la malade déclara qu'elle ne voyait plus rien.

Nous avons interposé en écran entre les yeux de la malade et le plancher une feuille de papier blanc ; le dessin placé sur la partie de plancher ainsi cachée ne fut plus perçu. En outre, après avoir bien fixé son attention sur la feuille de papier faisant écran, la malade déclara qu'elle ne voyait pas apparaître sur cette feuille le dessin caché.

La vision disparaît si les yeux sont fermés.

Alors que la malade doit mettre des lunettes pour lire ou coudre, elle n'en met pas pour voir et dessiner ses visions. Elle les voit même nettement mieux sans lunettes. Avec des lunettes, elle continue cependant à voir ses apparitions, mais elles sont plus floues.

Les hallucinations visuelles ne sont pas déterminées par des sujets obsédants ou préoccupants. Il lui suffit de regarder le sol, les murs pour voir ces figures auxquelles elle ne pensait pas et auxquelles elle n'attribue aucun sens, tout au moins d'une façon immédiate.

En outre, et c'est là un fait remarquable, ces perceptions anormales ne se rapportent pas au délire de persécution présenté par la malade, sauf, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, la représentation récente, unique, — et encore incertaine — du sieur G..., persécuteur principal.

La malade n'attache pas une importance capitale à ces visions, en particulier, elle s'étonne à peine de l'apparition de l'étoile miraculeuse et de celle de sainte Bernadette, qui, pour une personne aussi pieuse qu'elle, devraient avoir une importance extraordinaire.

Un moment, elle a pensé utiliser ce « don de voir » à fournir, dans un but lucratif, des renseignements pour les enquêtes de police. Nous lui avons conseillé formellement de ne pas divulguer « ce don » qui serait susceptible de lui créer de nouveaux ennuis. Elle n'insista pas.

Le niveau mental à l'échelle des tests de Binet et Simon est 11 ans 3 mois.

L'attention est suffisante.

Les tendances morales, sociales et éthiques sont bien développées, elle est douce, bienveillante ; pour une femme appartenant au milieu populaire, elle est plutôt affinée, ses propos sont bien choisis, corrects. Elle présente une légère tendance à la dépression, elle est timide, hypotonique.

L'évocation idéique est abondante, rapide, cependant l'activité idéique est d'une facilité assez superficielle, car dès qu'il faut donner une réponse tant soit peu difficile, la malade doit réfléchir et la réflexion est lente, demandant un effort.

Le discours habituellement abondant est touffu, manquant de précision.

Le jugement et l'autocritique sont normaux, sauf pour les faits et les actes qui ont rapport à son délire et à ses hallucinations visuelles.

L'activité imaginative n'est pas exagérée dans le domaine intellectuel et caractériel : Mlle L... ne présente pas de tendance pathologique au mensonge, pas de mythomanie, pas de théâtralisme, ni de tendance au romanesque.

Ses visions et son « don de voir » ne sont pas influencés par les sollicitations des examinateurs. La malade n'a pas d'aptitude au dessin : elle a très mal dessiné les objets usuels très simples que nous lui avons désignés. En outre, elle n'a pas pour le dessin un goût très affirmé ; elle ne dessine que ses visions, ou plutôt en suit les contours. Jamais en dehors de ces tracés elle ne se livre à une abondante production de dessins extériorisant une activité imaginative créatrice de formes plus ou moins étranges ou artistiques.

Mlle L... est très émotive, son hyperémotivité est d'ailleurs faite de perturbabilité plutôt que de finesse perceptive, elle est avant tout une impressionnable.

Elle se suggestionne facilement elle-même, ainsi qu'en témoignent les deux faits rapportés plus haut : d'une part, les malaises produits par l'électricité et qui cessèrent dès qu'elle eut enveloppé la lampe de papier, d'autre part, les piqûres qu'elle ressentait au cœur et qui cessèrent dès qu'elle fut allée demander secours à une tireuse de cartes.

L'hyperémotivité et la suggestibilité importante de cette malade sont deux facteurs capitaux à retenir.

En résumé, on constate chez notre malade un état d'hyperémotivité et d'auto-suggestibilité ainsi qu'une tendance interprétra-trice délirante.

C'est sur ce terrain particulier que sont apparus les troubles psycho-sensoriels que nous avons décrits. Laissant volontairement de côté la discussion du diagnostic du délire d'interprétation, nous pensons intéressant de nous arrêter au diagnostic des hallucinations visuelles présentées par la malade.

Il ne s'agit pas d'illusions visuelles : l'objet extérieur réel nécessaire pour déclencher l'illusion manque ; les lignes, les stries, les nœuds et les taches des planches du parquet, les dessins des tapisseries n'intervenant nullement dans le tracé du dessin de la vision.

Il ne s'agit pas non plus d'interprétation fausse de tracés existants, la malade ne prête pas de signification aux lignes et aux stries du parquet ou aux dessins des tapisseries.

Il ne s'agit pas, nous l'avons indiqué, de perception visuelle d'un fait obsédant ou préoccupant. Mlle L... n'est nullement préoccupée, nullement obsédée lorsqu'apparaissent sous ses yeux des figures humaines, des têtes d'enfant, des animaux, des paysages ; elle est impassible et ne prête qu'une attention très limitée à ces visions, surtout depuis que nous lui avons déconseillé de les utiliser dans un but lucratif.

Le peu d'intensité de l'activité intellectuelle de la malade et son absence de concentration sur les sujets vus permettent d'écarter l'hypothèse de ces représentations mentales vives, perçues par certains poètes ou artistes comme une vision.

De même, les perceptions pathologiques de notre malade sont bien différentes de l'hallucination de l'onirisme, perception mobile, changeante, colorée, ayant une étendue spatiale avec une perspective et un relief.

Ces visions pathologiques se rapprochent des visions plates collées au mur (visions de lignes ou de broderies), réalisées par certaines intoxications (chloral, cocaïne, solanées vireuses, hashich, peyotl) ; elles s'en séparent par l'absence d'autres hallucinations associées, par l'absence de coloration, par une différenciation plus nette (sauf pour ce qui est du peyotl) et surtout par une certitude absolue en l'objectivité.

Elles se distinguent aussi des visions imaginaires des influencés de Ceillier : Mlle L... a bien l'impression de voir, elle n'a pas l'impression « qu'on lui fait voir » ; l'occlusion des yeux, l'obscurité suppriment chez elle les perceptions pathologiques. Les hallucinations de notre malade ne présentent aucun caractère des hallucinations imposées et, par conséquent, ne rentrent pas dans le syndrome d'automatisme mental.

Il ne s'agit pas d'hallucinoïse, car la malade n'a pas conscience du caractère pathologique du trouble visuel.

Nous écarterons également le diagnostic de pithiatisme chez Mlle L..., qui ne présente aucun signe d'hystérie : elle n'est pas vaniteuse, et il nous a été très facile de lui démontrer que son « don de voir » ne présentait aucun intérêt.

La prédisposition mentale à une perception visuelle anormale n'est pas douteuse. Y a-t-il, au niveau du système visuel, une épine irritative qui localise cette prédisposition pathologique au niveau de la vue plutôt qu'au niveau de l'ouïe ou d'un autre sens ? Nous ne pouvons l'affirmer, mais c'est possible bien qu'un examen complet de l'œil ait été négatif, et que la malade ne présente aucun trouble neurologique permettant de soupçonner une lésion

des voies ou des centres visuels. Peut-être l'évolution ultérieure affirmant de façon plus marquée certains caractères des visions actuellement perçues par notre malade permettra-t-elle de rattacher avec plus de précision ces visions à un des types d'hallucinations visuelles actuellement décrits.

C'est là une nouvelle observation d'hallucinations visuelles projetées et dessinées, dont la pathogénie nous paraît différente de celle du cas rapporté par MM. Marchand, Fortineau et Mlle Petit (1), dans lequel les hallucinations visuelles étaient symptomatiques d'épilepsie.

M. GUIRAUD. — Il est dommage que la malade n'ait pas été soumise à l'épreuve de l'interprétation des taches d'encre sur une feuille de papier, car elle eût fourni peut-être des éléments intéressants pour apprécier le mécanisme psychologique de ses troubles psycho-sensoriels.

M. MARCHAND. — L'observation de MM. Ducoudray et Trillot comporte plusieurs points intéressants. Comme eux, je crois que l'on peut éliminer le pithiatisme. Les hallucinations visuelles n'ont aucun caractère utilitaire et la malade ne semble pas leur attribuer une importance quelconque. Ce qui me frappe davantage parmi les différents caractères de l'hallucination projetée, c'est son arrêt, sa disparition sous l'influence d'un écran interposé entre les yeux de la malade et l'endroit où le dessin est projeté. Cet arrêt de l'état hallucinatoire se rencontre chez certains sujets atteints de psychose hallucinatoire. Il suffit parfois d'une simple parole adressée au sujet, d'une légère secousse imprimée à un bras pour faire disparaître l'hallucination.

Un autre caractère, et qui existait dans le cas que nous avons publié avec M. Fortineau et Mlle Petit, c'est l'absence de coloration de l'image vue, puis dessinée. Ici, il s'agit d'une simple image qui rappelle un peu celles que les enfants s'amuse à dessiner grossièrement.

La pathogénie des hallucinations dans le cas actuel diffère totalement de celle de notre cas, car l'hallucination était liée aux modifications cérébrales qui précèdent ou suivent la crise épileptique.

(1) L. MARCHAND, J. FORTINEAU et Mlle P. PETIT. — Hallucinations visuelles projetées et dessinées, symptômes pré et post-paroxystiques épileptiques. *Soc. Méd.-psych.*, 12 février 1936, p. 205.

**Les échanges respiratoires chez les alcooliques
après ingestion d'alcool, par MM. Th. SIMON et DELAVILLE.**

Les nombreux travaux consacrés à l'étude des destinées de l'alcool dans l'organisme montrent qu'une faible partie de cet élément est éliminée par les émonctoires et par la voie pulmonaire, la majeure partie étant oxydée.

Les physiologistes se sont préoccupés de savoir à quelles fins était utilisée l'énergie potentielle résultant de cette oxydation de l'alcool. Pour les uns, elle est uniquement transformée en chaleur et on peut la retrouver sous forme d'extra-chaleur chez les sujets placés à la neutralité thermique dans les conditions du métabolisme de base ; d'après eux, cette oxydation de l'alcool ne se substituerait pas aux réactions qui s'accomplissent au niveau du métabolisme de base et pour Terroine et Bonnet la quantité de chaleur ainsi retrouvée correspondrait exactement à celle produite par la combustion de l'alcool (1 gramme d'alcool, en s'oxydant, dégage 7,1 calories), autrement dit l'action spécifique dynamique de l'alcool serait de 100 %. Pour la majorité des physiologistes, cependant, l'alcool constitue un composé énergétique susceptible de se substituer aux autres aliments et ne possède pratiquement pas d'action dynamique spécifique.

Geppert, expérimentant sur l'homme, ne note aucune variation de grandeur des échanges respiratoires au cours de l'utilisation de l'alcool, exception faite des cas où les doses d'alcool sont suffisamment fortes pour donner de l'ivresse avec agitation. Il en est de même des expériences de Dürig, Tögel et Brezina ainsi que celles de Higgins, qui ne voit une action dynamique de l'alcool ne se produire que dans un cinquième des cas étudiés et ne dépassant pas alors 5 à 7 % de la quantité de chaleur qu'aurait dû produire l'oxydation de l'alcool.

Eliane Le Breton, expérimentant sur le lapin, le pigeon, le cobaye et le rat, dans des conditions rigoureusement déterminées, la mettant à l'abri de toute cause d'erreur ne note aucune augmentation des échanges respiratoires après administration d'alcool à ses animaux.

Toutes ces expériences ayant été pratiquées soit sur des hommes non alcooliques, soit sur des animaux, nous nous sommes demandés comment se comporteraient des alcooliques chroniques à l'égard de l'ingestion d'alcool. On sait en effet que l'homme accoutumé brûle l'alcool plus rapidement que l'homme

abstinent et qu'il peut en ingérer de plus grandes quantités sans manifester d'ébriété.

Nous avons toujours pratiqué nos déterminations, le matin, le patient étant à jeun depuis la veille au soir. Nous pratiquions une première mesure des échanges respiratoires, puis nous faisions ingérer une solution d'alcool à 40° à raison de 0 cc. 4 d'alcool absolu par kg. Nous pratiquions une seconde détermination des échanges respiratoires une heure après. Les malades étaient examinés au début de leur hospitalisation. Dans quelques cas il nous a été possible de faire une nouvelle épreuve au moment de la sortie de l'hôpital.

Nous consignons dans le tableau ci-dessous le résultat de nos expériences :

NOMS	VOLUME EXPIRÉ EN 1 h.	CHALEUR RAYONNÉE PAR M ² DE SURFACE CORPO- RELLE	Q. R.	VOLUME EXPIRÉ EN 1 h.	CHALEUR RAYONNÉE PAR M ² DE SURFACE CORPO- RELLE	Q. R.	VARIATION PAR RAPPORT A L'EXPÉ- RIENCE A JEUN
Lem ...	231 ¹ ,8	35 cal	1	212 ¹ ,7	34,5 cal	0,91	— 1,4 %
Bous ...	506 ¹ ,28	55,2 cal	0,97	410 ¹ ,02	52,6 cal	0,82	— 4,7 %
Dic ...	414 ¹ ,9	34,7 cal	0,96	427 ¹ ,3	35,8 cal	0,96	+ 3,1 %
Sam ...	255 ¹ ,42	32,6 cal	0,73	271 ¹ ,1	34,6 cal	0,73	+ 6,1 %
Hui ...	367 ¹ ,6	41,8 cal	0,94	479 ¹ ,1	47,3 cal	0,82	+ 13,1 %
Sei ...	473 ¹ ,8	49,7 cal	0,86	495 ¹ ,5	53,3 cal	0,86	+ 7,2 %
Col ...	347 ¹ ,49	41,8 cal	0,75	507 ¹ ,55	43,6 cal	0,90	+ 4,3 %
Pru ...	243 ¹ ,9	38,1 cal	0,86	255 ¹ ,1	43,4 cal	0,77	+ 13,9 %
Bra ...	239 ¹ ,6	38,04 cal	0,74	246 ¹ ,02	34,5 cal	0,80	— 9,2 %
Pen ...	281 ¹	39,9 cal	0,75	281 ¹	43,2 cal	0,73	+ 9,2 %
Col ...	324 ¹ ,2	32,1 cal	0,73	367 ¹ ,1	37,9 cal	0,69	+ 18 %
Col ...	323 ¹ ,5	39,1 cal	0,76	315 ¹ ,3	38,1 cal	0,76	— 2,5 %
Brag ...	191 ¹	34,3 cal	0,79	211 ¹	37 cal	0,84	+ 7,8 %
Erui ...	286 ¹ ,6	34,9 cal	0,71	290 ¹	35,4 cal	0,81	+ 1,4 %
Erui ...	286 ¹ ,6	36,4 cal	0,78	280 ¹ ,7	35,8 cal	0,72	— 1,60 %

Sur les quinze cas examinés, nous notons cinq fois une diminution de la chaleur rayonnée et dix fois une augmentation.

La valeur moyenne de la diminution est de 3,9 %, alors que la valeur moyenne d'augmentation est de 8,3 %. La moyenne générale des quinze expériences conduit à une augmentation de 4,2 %.

Etant donné que ces déterminations ont été faites chez des malades dont le maintien au repos absolu est toujours difficile à réaliser, il nous semble que la faible augmentation de la dépense calorifique, que nos expériences mettent en évidence, n'est pas le fait d'une action dynamique spécifique de l'alcool, mais doit être attribuée au manque de docilité des malades étudiés. Nous concluons donc que, pas plus que chez l'homme abstiné, chez l'alcoolique, l'utilisation de l'alcool ne provoque de variations de la grandeur des échanges respiratoires.

L'oxydation de l'alcool exige plus d'oxygène que celle des aliments, il en résulte que le quotient respiratoire correspondant à l'oxydation de ce corps est inférieur à celui des graisses mêmes.

L'alcool se substituant aux aliments doit donc abaisser le quotient respiratoire, c'est ce que nous constatons dans sept de nos expériences ; dans quatre nous ne notons aucune variation, alors que dans quatre cas nous enregistrons une augmentation de ce quotient respiratoire. Faut-il admettre avec Rosemann, qui a signalé déjà ce fait, que dans certains cas il y a modification du quotient respiratoire des aliments brûlés en même temps que l'éthanol et que ce dernier favorise l'oxydation des corps à quotient respiratoire élevé, ou alors faut-il admettre chez certains sujets accoutumés, la possibilité d'une transformation de l'alcool en sucre puis en graisses ? On sait en effet que chez certains grands alcooliques s'alimentant très peu, les ingestions journalières peuvent atteindre 400 grammes d'alcool, ce qui correspond à plus de 2.800 calories. Cette dernière hypothèse doit à notre avis être prise en considération pour des recherches ultérieures et permettrait peut-être d'expliquer la formation de graisses de réserve chez des éthyliques gras qui sont de petits mangeurs.

Une chirurgicomane,

par MM. H. ROGER, J. ALLIEZ et J.-E. PAILLAS (de Marseille).

Mme Julie Bur..., actuellement âgée de 53 ans, écrit à l'un de nous, en novembre 1936, pour le prier d'intervenir auprès du médecin-chef de l'asile d'aliénés, afin de mettre fin à « la plus terrible situation de sa vie ». Elle a été internée par sa famille, nous dit-elle, pour la deuxième fois, « afin de se débarrasser d'elle », à la suite d'une tentative de suicide. Si elle a voulu attenter à ses jours, « quoiqu'elle tienne tant à la vie », c'est parce qu'elle ne pouvait supporter « un terrible mal qu'elle avait attrapé à sa sixième opération ». Elle ne peut se résigner à la vie de l'asile « qu'elle ne mérite pas », d'autant plus

qu'on n'y a aucun égard « pour une femme vingt fois opérée et qui a subi trois incisions d'estomac ».

Mme Bur... est, en effet, une habituée des salles d'opérations.

La première opération, subie en 1926, a consisté en une hystérectomie subtotale pour annexite. Continuant à souffrir du ventre, elle est à nouveau opérée en 1928 : libération d'adhérences gastriques et gastroentérostomie. Les douleurs persistant, une troisième intervention, en 1929, conduit sur de nouvelles adhérences qui s'étaient formées plus serrées et qui sont dilacérées. En l'absence de toute amélioration, le chirurgien décide une quatrième intervention, qui, quelques mois plus tard, découvre une dilatation (peu considérable) du duodénum, vraisemblablement conditionnée par une légère bride des vaisseaux mésentériques : on pratique une duodénojunostomie. Un traitement diathermique ultérieur reste également sans résultat.

La malade se plaint toujours de brûlures gastriques et elle vomit abondamment. Elle se pratique elle-même des lavages d'estomac à la sonde, et elle est même arrivée, par un véritable mericysme, à rejeter à volonté un demi-litre ou un litre d'eau qu'elle ingère.

La même année, en 1930, un autre chirurgien l'opère à quatre reprises (5^e, 6^e, 7^e et 8^e interventions). On lui ferme sa bouche de gastroentérostomie, on lui fait une cholécystectomie, on intervient pour libérer de nouvelles adhérences, on incise un abcès de la paroi.

De 1931 à 1933, Mme Bur... est opérée cinq fois encore : le 13 août 1931, les 26 janvier, 10 juin et 18 octobre 1932, le 1^{er} février 1933, opérations qui paraissent avoir surtout consisté en libération d'adhérences, cure d'une éversion, cautérisation d'une ulcération du col utérin.

Après une accalmie de sa fureur chirurgicale, conditionnée par un premier internement à la suite d'une première tentative de suicide, elle est encore opérée, en 1936, quatre fois, d'après ses dires, jusqu'à ce qu'une nouvelle tentative de suicide la conduise une seconde fois à l'asile.

Ces dix-sept interventions ont été pratiquées, dans leurs services hospitaliers, par deux de nos plus éminents et de nos plus consciencieux chirurgiens marseillais, et par l'un de leurs assistants immédiats.

La malade, après avoir tâté de l'un est venue rapidement à l'autre, pour retourner ensuite vers le premier, auquel elle est, depuis lors, restée assez fidèle. Elle n'a d'ailleurs quitté le second que parce qu'il a fini par se refuser à tout acte chirurgical.

En dehors de la première intervention, qu'elle n'a peut-être pas sollicitée d'une façon plus particulière (et encore sommes-nous peu renseignés sur ce point), c'est sur ses instances pressantes et répétées qu'elle a été chaque fois opérée. Car elle manifestait, entre deux interventions, et souvent dès le lendemain, les mêmes douleurs horribles de la partie supérieure de l'abdomen et souvent les mêmes vomissements.

Si cette malade nous a demandé, dans la lettre précitée, d'intervenir pour la faire sortir de l'asile, c'est qu'elle est pour nous une vieille connaissance.

Nous avons eu l'occasion de la voir à diverses reprises et d'enregistrer ses doléances hyperboliques concernant le mal dont le couteau chirurgical n'arrivait pas à la délivrer.

Courbée en deux, tenant de ses deux mains son abdomen tout couuré de cicatrices, on la rencontrait parfois dans les couloirs de l'hôpital, traînant péniblement ses jambes et essayant d'apitoyer sur son malheureux sort. Mais c'était souvent le sourire aux lèvres qu'elle détaillait ses cruelles souffrances, et, quand on avait le temps de l'écouter, elle ne faisait grâce d'aucun détail sur ses interventions itératives.

A la fin, elle avait cependant plutôt tendance à nous fuir. Elle nous reprochait amèrement de nous opposer à tout acte chirurgical, quand on voulait bien nous demander notre avis, et cependant de ne pas arriver à la guérir par les multiples thérapeutiques physiques, médicamenteuses ou psychiques, que nous lui avions à diverses reprises prescrites.

On conçoit que des chirurgiens, moins familiarisés avec ce genre de malades et soucieux d'accorder toutes les ressources de leur art à un cas rebelle, dont les lésions organiques sont d'ailleurs indubitables, se soient si souvent laissés attendrir par ses doléances, accompagnées de menaces de suicide.

Mme Bur... a mis au moins deux fois ses menaces à exécution, une fois en avalant du permanganate, une autre fois avec de la teinture de belladone et du gardénal. Cette tentative fut, semble-t-il, assez poussée : toutefois, l'infirmière du service s'en aperçut à temps, un lavage d'estomac précoce et une thérapeutique intensive la sortirent de ce mauvais pas.

Mme Bur... a fini, mais seulement ces deux dernières années, par devenir morphinomane.

Ces deux tentatives de suicide l'ont conduite à deux reprises à l'asile où elle se trouve actuellement, et d'où elle nous demande de la faire sortir.

Au point de vue nosologique, comment classer pareille psychopathe ?

Tout d'abord spécifions bien qu'il existe un élément organique indubitable. Nous ne doutons pas que cette malade ne souffre réellement. Mais elle amplifie ses sensations. Comme il est souvent de règle en pareil cas, nous nous trouvons en présence d'une association névroso ou plutôt psychoso-organique. Les nombreuses adhérences péritonéales trouvées à diverses reprises font rentrer ce cas dans le cadre bien connu aujourd'hui des péri-

viscériles abdominales. L'on sait que des interventions multiples sont souvent indispensables pour soulager ces malades. Mais il n'en reste pas moins évident que Mme Bu... n'attend même pas le délai nécessaire pour juger de l'efficacité de l'intervention. Elle en sollicite une nouvelle, à peine sortie de l'anesthésie de la dernière.

Cette malade est obsédée par une idée très arrêtée concernant la nature de son mal. Elle a, dans son ventre, un abcès, dont elle fait remonter le début à sa sixième intervention. Puisqu'on ne l'a pas trouvé dans l'estomac ni dans la vésicule, c'est qu'il se trouve dans l'intestin, ou peut-être bien ailleurs, et elle exige qu'on aille l'y rechercher. Le soir même d'une de ces interventions, elle demande, dès son réveil, si cet abcès a été enfin découvert. Comme on lui affirme qu'elle n'avait pas de suppuration abdominale, elle s'indigne, s'irrite et déclare qu'elle recommencera sûrement à souffrir, ce qu'elle fait aussitôt, sans plus tarder.

Sa conviction délirante est tellement ancrée, que, lors d'une de ses tentatives de suicide à l'hôpital, elle laisse une lettre pour le garçon d'amphithéâtre, qu'elle a fini par connaître. Elle demande qu'on ne laisse pas emporter son corps par sa famille, sans qu'on ait fait son autopsie. Elle ne doute pas un instant qu'on n'y découvre l'abcès qu'elle a dans le ventre et qu'ainsi soit justifiée, après sa mort, la réalité de ses dires.

Cette malade s'est toujours défendue de se faire opérer « par habitude », suivant sa propre expression imagée, mais uniquement en raison de ses souffrances. Il n'est cependant pas douteux qu'elle ne se complaise dans les interventions chirurgicales.

Sa vie, depuis ces dix dernières années, n'est qu'un long acte de foi dans la chirurgie. Toutes ses pensées sont concentrées sur la délivrance de ses maux par le bistouri. Elle est tellement persuadée de l'absolue nécessité de l'acte chirurgical, qu'une fois elle a voulu à son tour devenir chirurgien. Prenant son rasoir, elle a essayé d'inciser sa paroi abdominale en un point où elle était certaine qu'aboutissait un abcès venant de la profondeur. Ce n'est pas une amoureuse de chirurgiens, c'est une amoureuse, ou plutôt une maniaque de la chirurgie ; c'est pourquoi nous sommes permis de l'appeler une « chirurgicomane ».

Peut-être d'autres la classeraient-ils parmi les « pathomimes », suivant l'expression forgée par Paul Bourget, et à laquelle le professeur Dieulafoy a réservé une immense fortune... Le célèbre pathomime de Dieulafoy se soumet, lui aussi, à une série d'interventions chirurgicales, allant jusqu'à une série d'amputations sur le même membre, mais la première ulcération qu'il a présentée,

ses ulcères récidivants du moignon, c'est lui-même qui les a volontairement provoqués pour se rendre intéressant. C'est un hystérique, un pithiatique, qui pousse le mensonge aux plus invraisemblables limites, jusqu'à accepter les thérapeutiques les plus mutilantes.

Chez notre malade, il y a certainement, comme nous l'avons indiqué, un substratum organique, des adhérences viscérales, de la périviscérite. Elle exagère certainement ses sensations douloureuses : mais elle ne les invente pas complètement, elle ne les crée pas de toutes pièces. Elle ne subit pas les opérations qu'on lui propose : elle les recherche avec une inlassable ardeur. Elle est obsédée par l'idée que seul l'acte chirurgical la sauvera, comme d'autres ne voient d'autres chances de soulagement que dans la morphine. Sur la fin de cette évolution, elle deviendra d'ailleurs morphinomane, tout en continuant à rester chirurgicomane.

Si le pathomime de Dieulafoy est devenu chirurgicomane, c'est pour rester, jusque dans ses ultimes conséquences, fidèle à la ligne de conduite que lui impose sa supercherie. Par contre, Mme Bu... le devient, en raison de son obsession, celle de l'abcès qu'elle a dans le ventre et qu'il faut enlever coûte que coûte. Elle poursuit son idée jusqu'aux approches de la mort. Le suicide qu'elle prépare et l'autopsie qu'elle réclame finiront bien par découvrir cette collection abdominale et par prouver qu'elle n'était point « neurasthénique ».

Malgré ses deux tentatives de suicide, est-elle une véritable mélancolique ? C'est surtout une délirante interprétative et ses idées mélancoliques ne sont pas banales : car sa fureur chirurgicale est également conditionnée par un second facteur, la fierté d'être un sujet exceptionnel, qui a subi un nombre inouï d'interventions et qui exerce toujours la sagacité des chirurgiens.

Sans doute c'est une tendance assez naturelle à bien des opérés que de parler avec plaisir d'une intervention bien supportée. Nous avons connu de grands mutilés de la grande guerre qui, sans être des psychopathes, tiraient plus de gloire du nombre de fois où ils étaient montés sur le « billard » que des actes de courage qui leur avaient valu leurs multiples blessures.

Mais Mme Bu... « exagère »... Elle ne tarit pas quand on la met sur ce chapitre. Elle parle peut-être moins de ses souffrances que de ses rencontres avec le bistouri. Non seulement elle se vante quand elle chiffre à vingt le nombre de ses interventions : en comptant bien d'après ses dires, nous n'en additionnons que dix-sept. Mais encore elle amplifie leur importance ; nous ne croyons pas que, tout au moins ces dernières années, on lui ait

chaque fois ouvert le ventre : de petites incisions d'abcès, de simples retouches à une cicatrice sont mises par elle sur le même pied qu'une véritable laparotomie. Aussi, fière d'elle-même, est-ce avec un profond dépit que, dans la lettre qu'elle nous adresse de l'asile, elle se plaint de n'avoir pas reçu dans cet établissement plus d'égards pour un sujet aussi extraordinaire, pour une femme « qui a été vingt fois opérée et qui a subi trois incisions d'estomac ».

C'est sans doute ce sentiment de vanité qui a jusqu'ici empêché cette chirurgicophile de devenir, malgré pareils déboires thérapeutiques, une de ces dangereuses chirurgicophobes dont le souvenir est vivant dans l'esprit de tous. Connaissant la science, la conscience et le dévouement de ceux qui l'ont soignée, elle ne récrimine guère contre eux, se contentant de les harceler de ses incessantes assiduités et de ses demandes impérieuses. Elle est restée assez longtemps dans les hôpitaux pour savoir combien l'art chirurgical est difficile. Elle ne désespère pas qu'avec la bonne volonté, qu'elle et ses chirurgiens y mettent, elle n'arrive à ses fins : la découverte et l'ouverture de cet abcès, cause de tous ses maux.

D'autres malades, plus profondément mélancoliques, ont sollicité, elles aussi, pour des douleurs peut-être réelles, mais centuplées par un état psychopathique, de nombreuses opérations ; elles ont été, elles aussi, de véritables chirurgicomanes. Mais n'ayant tiré aucune satisfaction d'amour-propre de quelques interventions qui ne les ont pas soulagées, elles ont bientôt conçu de la haine pour celui qui ne les a pas guéries. Elles n'ont pas tardé à l'accuser de ne pas vouloir mettre fin à leurs maux, puis d'être la cause principale de leurs souffrances. Et le revolver vient parfois conclure brutalement le dernier acte de leur chirurgicomanie.

Grâce à Dieu, nous n'avons pas l'impression qu'une fois sortie de l'asile, notre malade tombe aussitôt dans une telle chirurgicophobie. Mais il ne faut jurer de rien. La haine est bien près de l'amour. Jusqu'ici les chirurgiens, pensant lui être utiles, ont obtempéré à peu près toujours à ses désirs. Nous ne pouvons préjuger, nous devons même avoir la crainte de ses réactions futures, si elle subit un jour de leur part un refus formel et définitif (1).

(1) D'après les renseignements que le D^r MERLAND, médecin de l'asile, nous a très aimablement communiqués, l'entourage de la malade serait beaucoup plus revendicateur, reprochant violemment au chirurgien traitant d'avoir fait subir à la patiente tant de « mutilations » inutiles.

M. CROUZON. — J'ai bien connu le malade pathomime de Dieulafoy, puisqu'étant interne de ce maître, c'est à moi que le sujet a confié son secret. C'était tout bonnement un simulateur. Fonctionnaire dans une administration, il commença à s'ulcérer les mains avec de la potasse, comme il l'avait vu faire pendant son service militaire par des soldats carottiers. Son but était d'obtenir une pension et de vivre sans rien faire.

Comme il n'obtenait rien, il se mutila de plus en plus. On lui fit une élongation thérapeutique du plexus brachial pour guérir ces ulcérations atypiques. La conséquence fut une atrophie du membre compliquée d'une impotence pour laquelle on fit la désarticulation de l'épaule. Mais la pension ne vint pas.

Alors il se mutila un autre membre et pratiqua sur son enfant des ulcérations analogues à celles qu'il avait eues, pour faire croire à une maladie familiale.

La pension ne venant toujours pas, il consentit à me confier sa supercherie. Nous intervenîmes, Dieulafoy et moi, auprès de ses chefs de service pour susciter leur pitié envers ce mutilé. Tout ce que l'on obtint c'est qu'on ne le congédia pas. Et il finit par se contenter de cette solution. Ce n'était donc pas un hystérique, c'était un simulateur.

M. PICARD. — Les chirurgiens sont exposés à se rendre inconsciemment complices de tels sujets qui se serviront de l'opération exécutée à leur demande pour renforcer leur simulation. J'ai eu à expertiser un individu de cette espèce qui, ayant simulé l'hypertension cérébrale, avait réussi à se faire pratiquer une trépanation décompressive, dont le certificat et la cicatrice lui servirent à alléguer de nouveaux troubles et une majoration d'indemnités. Je conclus à la simulation après m'être entouré de tous les examens demandés à des spécialistes et il n'insista pas.

M. RONDEPIERRE. — J'ai vu à l'hôpital Ambroise-Paré un toxicomane qui, pour se faire prescrire de la morphine, simulait des douleurs de tabès, et avant de se présenter au médecin avalait du sang citraté qu'il vomissait devant lui pour faire croire à un ulcère d'estomac. Pour cela il subit plusieurs opérations. Mais à Ambroise-Paré il fut démasqué par une infirmière qui l'avait connu à Bicêtre, et il avoua sa supercherie.

**La douleur physique dans les états émotionnels
et les états mentaux, par M. Paul COURBON.**

L'étude de la psychophysiologie de la douleur est à l'ordre du jour depuis le cours magnifique que lui a consacré au printemps dernier, le Professeur Leriche, pendant sa suppléance au Collège de France. C'est pour cela que je crois opportun d'exposer ici quelques considérations sur le rôle que les états émotionnels et les états mentaux jouent dans l'apparition et la disparition de la douleur physique.

Ces considérations ont pour base l'observation clinique faite principalement sur des traumatismes, c'est-à-dire sur des excitations dont l'intensité douloureuse n'échappe pas au contrôle, puisqu'elle est produite en dehors de l'organisme, sous l'œil même de l'observateur.

Les trois circonstances émotionnelles dans lesquelles il m'a été donné d'observer avec assez de précision la douleur physique sont : le traumatisme produit par la chute au cours de la crise convulsive émotive ; le traumatisme produit par la chute au cours de la crise convulsive simulée ; le traumatisme alternativement volontaire et repoussé chez une auto-mutilatrice.

Voici tout d'abord la première observation, celle du traumatisme au cours de la crise émotive. Elle montre la disparition de la douleur physique au cours de cette crise, disparition qui est contraire à la doctrine classique.

On sait en effet qu'il est classique de dire que l'hystérique en proie à une crise émotionnelle évite de se faire du mal en tombant, ne se fait au cours de ses contorsions que des éraflures insignifiantes et que son corps ni son visage ne gardent de traces cicatricielles de ses chutes. Ces caractères classiques impliquent donc la persistance de la douleur et de son action freinatrice, pendant la crise émotionnelle.

Eh bien, j'ai observé l'inverse par deux fois chez le même sujet venant à deux ans d'intervalle, à l'âge de 28 et de 30 ans, passer la visite du médecin-expert chargé de réviser le taux de son invalidité. C'était un paysan fruste, pensionné de guerre pour épilepsie, et sa figure présentait en effet de grosses cicatrices, comme en ont les épileptiques avérés.

Les deux fois il eut, pendant l'examen, la même crise qui, à part la brutalité de la chute, ne rappelait en rien l'épilepsie. Il se livra aux contorsions les plus clownesques, décrivant des arcs de

cercles extravagants, mais martelant le sol et les murs à coups de tête d'une violence inouïe, culbutant meubles et chaises qui lui tombaient sur le visage et le couvraient de plaies et de sang, sans qu'il esquissât le moindre geste de protection.

La crise ne dura que 3 ou 4 minutes, au bout desquelles le sujet se releva parfaitement lucide, disant que maintenant c'était fini. D'après ses dires, semblables accès revenaient assez souvent quand il était énervé, mais n'avaient jamais de conséquences plus graves, lui permettant toujours de reprendre immédiatement son travail.

L'exploration indirecte de la sensibilité immédiatement après la crise, à l'aide de piqûres sournoises pendant l'application des pansements sur ses blessures, ne provoqua aucun tressaillement. Par contre, la même exploration pratiquée deux heures plus tard révéla une sensibilité à peu près normale.

Le diagnostic de la nature de ces deux crises ne saurait, en vertu des circonstances où elles se produisirent, se poser qu'entre la crise émotionnelle et la crise simulée. Le retour rapide de la lucidité et l'aveu de la bénignité des conséquences fonctionnelles sont en faveur de la sincérité du sujet. Cet aveu était l'indice sans doute d'un certain degré de débilité mentale, mais non d'une simulation.

On peut donc voir dans cette crise la preuve qu'un état émotionnel intense peut amener l'analgésie physique.

Voyons maintenant la seconde observation, celle du traumatisme au cours d'une crise convulsive simulée. Elle montre également la disparition de la douleur physique, au cours de cette crise simulée, disparition qui elle aussi est contraire à la doctrine classique.

C'est l'observation d'un Français, prisonnier de guerre, qui se fit évacuer d'Allemagne en simulant l'épilepsie et dont j'ai raconté l'histoire ici (1) à l'issue de la présentation d'un simulateur par MM. Anglade et Vidart. Cet homme simula devant moi, à la perfection, une crise d'épilepsie au cours de laquelle il se fendit la lèvre sans sourciller en se laissant choir contre un escalier. La recherche de la sensibilité à la piqûre, à l'arrachement des poils, à la cautérisation, révéla aussitôt après la crise une analgésie de tout le corps. Or, en temps ordinaire, notamment à l'occasion d'une coupure accidentelle, il avait les réactions banales de la douleur.

(1) COURBON. — Discussion. *Annales Médico-psychologiques*, juin 1936, tome II, p. 118.

L'état émotionnel du simulateur, qui avoue ne pas perdre conscience pendant la crise qu'il simule et arrête sur commande, ne saurait être comparé en intensité à celui de l'émotif qui est en état de confusion mentale déjà avant la chute. Néanmoins, la simulation suffit par elle-même à engendrer un certain état émotionnel du fait des conséquences qu'aurait la découverte de la supercherie.

Nous pouvons donc voir dans les crises simulées de ce prisonnier de guerre, la preuve qu'un état émotionnel, sans être d'une intensité excessive, peut amener lui aussi l'analgésie physique.

Arrivons enfin à la troisième observation, celle du traumatisme tantôt voulu, tantôt repoussé par une auto-mutilatrice. Elle montre que les traumatismes que le sujet s'inflige volontairement s'accompagnent d'analgésie et que ceux qu'on lui impose malgré lui s'accompagnent au contraire d'hyperalgésie.

Il s'agissait d'une imbécile, âgée de 40 ans, dont j'ai déjà exposé le cas ici en 1929 (1). Sous des prétextes naïvement raisonnés, elle se livrait sur son propre corps à des pratiques extrêmement douloureuses. Elle cousait ensemble les orteils de ses pieds, en les transperçant d'une aiguille enfilée pour éviter l'intertrigo. Pour empêcher la chute d'un pansement pré mammaire, elle en fixait la bande sur sa poitrine en se traversant la peau avec l'épingle anglaise. Pour se dégager le cerveau, elle se passait des sétons de chiffons à travers les seins. Toutes ces opérations spontanées étaient exécutées posément, sans aucune manifestation de douleur, ou même d'appréhension.

Par contre, le simple pansement des abcès auxquels aboutirent ces auto-mutilations déterminaient de sa part toutes les réactions de la plus vive douleur : cris, pleurs, sudations, tachycardie, pâleur et évanouissements.

On voit donc, dans cette observation, l'état émotionnel produire un effet inverse de celui constaté dans les deux observations précédentes. C'est au moment où le sujet n'est pas ému que le traumatisme est indolore.

Que conclure de ces trois observations contradictoires ?

Une première constatation s'impose : le seuil de la douleur n'est pas le même quand le sujet est émotionné et quand il ne l'est pas. Cette variation n'est pas pour surprendre. Les simples perturbations physiques déterminées dans l'organisme par l'émotion suffisent à l'expliquer. D'une part, les modifications vaso-

(1) COURBON. — Automutilations pittoresques d'une analgésique algophobe. *Annales Médico-psychologiques*, 1929, tome II, p. 270.

motrices périphériques modifient la nutrition, donc le fonctionnement des neurones transmetteurs. D'autre part, les décharges ou rétentions glandulaires modifient la composition du sang en substances plus ou moins irritantes, ou analgésiantes.

La seconde constatation qui s'impose également est plus étonnante : cette variation du seuil de la douleur sous l'influence de l'émotion peut se faire dans des sens opposés. Chez les deux premiers sujets, l'hystérique et le simulateur, il y eut élévation énorme du seuil ; chez l'auto-mutilatrice, il y eut au contraire énorme abaissement. Cette différence d'action de l'émotion est à rechercher, soit dans la différence des perturbations biologiques, soit plutôt dans la différence des circonstances psychiques qui donnèrent naissance à l'émotion.

Biologiquement, on sait que la formule physique d'une même émotion n'est pas la même chez tous les individus. La colère peut être rouge ou blanche, provoquer des larmes ou la diarrhée, etc. On peut donc concevoir que l'émotion hyperalgésiante correspond à une formule dans laquelle par exemple : vasoconstriction, hyperadrénalinémie et hypocalcémie entrent en jeu, puisque d'après Leriche ces trois éléments seraient générateurs de douleur. L'émotion analgésiante aurait une autre formule. Cette explication n'est qu'une hypothèse, mais vraisemblable.

Par contre, ce qui n'est pas une hypothèse, ce qui est la vérité, c'est la différence essentielle des circonstances psychiques dans lesquelles sont nées d'une part l'émotion des deux premiers sujets analgésiques : l'hystérique et le simulateur ; d'autre part, l'émotion du sujet hyperalgésique : l'auto-mutilatrice.

Les deux premiers sujets étaient *émus par autre chose que par le traumatisme*. L'hyperémotif, paysan fruste et sincère, était ému par l'apparat de l'expertise. Le simulateur l'était par la réussite de sa mise en scène. Le traumatisme ne se présentait pas du tout à l'esprit du premier. Il se présentait à l'esprit du second, non comme une source de douleur à fuir, mais comme un instrument précieux de succès à utiliser.

L'auto-mutilatrice refusant les pansements était au contraire *émue uniquement par le traumatisme*, qu'elle considérait comme *une source redoutable de douleur*. Son état émotionnel n'était que la peur de souffrir, une algophobie au sens étymologique et non médical du mot. C'est dans cette attitude expectante de douleur qu'il faut identifier la cause de la production de celle-ci.

L'expectative anxieuse de la douleur et de ses conséquences néfastes crée dans l'organisme de certains sujets les conditions biologiques hyperalgésiantes dont nous parlions plus haut et par-

fois aussi d'autres conditions biologiques qui diminuent la résistance contre la maladie. Le sujet est rendu plus sensible et plus vulnérable. Voilà pourquoi certains chirurgiens doués de psychologie et d'expérience, ne se décident aux opérations périlleuses que lorsque le client a un excellent moral et les réclame lui-même, avec la volonté passionnée de guérir. Par contre, la même expectative peut créer dans l'organisme de certains autres individus des conditions biologiques analgésiantes : témoin la disparition de la rage de dents, en arrivant chez le dentiste.

L'expectative raisonnée d'un traumatisme voulu, sans être toujours dépourvue d'émotion, est loin de produire les mêmes désordres biologiques. Aussi la douleur des opérations consenties, est-elle chez beaucoup d'individus bien moindre que celle des opérations refusées.

De même, en détournant l'attention de l'organe douloureux, certains individus arrivent à calmer leurs souffrances. Un médecin de la plus grande valeur que j'ai intimement connu, fut atteint d'une sciatique grave qui lui laissa le mollet atrophié, et lui abolit le réflexe achilléen d'un membre inférieur. Eh bien, il parvenait à supporter les crises de radiculite en se livrant intensément à des travaux scientifiques. Ce que Montesquieu a dit du chagrin qu'une heure d'études dissipe, n'est pas toujours faux de la douleur physique. L'influence sédative d'une occupation intellectuelle, artistique ou physique n'est pas toujours nulle ni illusoire. Alphonse Daudet le savait bien, lui qui avait organisé la distraction à Lamalou comme thérapeutique du tabès, dont il était lui-même atteint. Dans le feu de l'action, sur le champ de bataille, bien des blessés ont toléré des douleurs, partout ailleurs intolérables. « Nous sentons plus un coup de rasoir du chirurgien que dix coups d'épée en la chaleur du combat », remarque Montaigne. Les chrétiens défient le martyr en priant. Sollier (1), dans son très beau livre du *Mécanisme des émotions*, a fort bien mis en évidence le rôle de la représentation mentale dans le phénomène douleur.

Cette importance de l'attitude mentale du sujet vis-à-vis de l'excitation dolorifique dans la production de la douleur physique est encore beaucoup plus évidente chez les psychopathes que chez les normaux. Elle nous permet de comprendre l'analgésie parfois stupéfiante des aliénés. On les voit se mutiler effroyablement, s'ébouillanter, mobiliser leurs fractures, traverser les plus douloureuses maladies, etc., sans rien sentir. C'est parce que le

(1) SOLLIER. — *Le mécanisme des émotions*. Alcan, Paris, 1905.

traumatisme n'est pas considéré par eux comme il l'est par des gens sains d'esprit. Il n'éveille pas chez eux les mêmes associations d'idées que chez nous. L'infirmité de leur jugement, le cantonnement de leur attention en dehors du réel, leurs idées délirantes, leurs hallucinations les mettent, pourrait-on dire avec une grossière approximation, dans des états de distraction à l'égard de l'excitation douloureuse. Celle-ci produit les signes physiques réflexes, mais non la réaction psychique affective.

De plus, alors qu'ils ne sentent pas la douleur d'un traumatisme réel parce que les associations d'idées ne se font pas comme chez nous, ils ressentent la douleur de traumatismes imaginaires parce qu'ils associent des idées qui pour nous n'ont aucun lien. J'ai rapporté sous le nom de téléalgésie (1) des cas de paranoïa où l'interprétation délirante s'accompagnait de douleur. En voyant de loin son persécuteur faire un geste, le malade se sentait douloureusement atteint par ce geste.

En terminant, je réfute l'objection qui pourrait m'être faite d'appeler douleur ce qui n'est que la peur de la douleur, objection que j'ai soulevée moi-même en qualifiant d'algophobe mon auto-mutilatrice. Il est impossible d'avoir la représentation exacte de l'état subjectif d'autrui. Nous ne pouvons apprécier la douleur du voisin que par la constatation des signes physiques qui l'accompagnent habituellement et que la volonté ne peut produire : changement de coloration du visage, décomposition des traits, sueurs, variations du rythme cardiaque, syncope. Sur quoi affirmer, lorsqu'ils existent, que l'état affectif concomitant est non la douleur réelle, mais la peur de la douleur ? Sur le fait que nous-même n'éprouverions pas de douleur dans la circonstance donnée ? Nous ne sommes pas l'étalon de l'espèce humaine !

Ces considérations sur des faits du domaine psychiatrique confirment la justesse de la conception du chirurgien psychologue Leriche sur la douleur qu'il considère comme un épiphénomène ; sur le rôle qu'il fait jouer à l'attention des individus et à la civilisation qui les a éduqués, dans la perception de la douleur ; enfin sur l'inégalité extrême des hommes devant la douleur.

CONCLUSIONS

L'intensité de la douleur physique produite par une excitation est fonction de l'attitude mentale du sujet vis-à-vis de cette excitation. Et le facteur essentiel de cette attitude est le jugement

(1) COURBON. — L'hallucination téléalgésique. *Encéphale*, 1914, p. 440.

porté plus ou moins consciemment sur le pouvoir algogène de l'excitation.

L'émotion déterminée par ce jugement crée dans l'organisme des troubles biologiques essentiellement variables qui influent sur la perception douloureuse, la faisant varier dans une mesure qui va de l'hyperalgésie à l'analgésie. Ainsi s'explique le paradoxe de la douleur chez les aliénés qui parfois souffrent à contretemps des gens normaux.

L'un des adages le plus universellement vrai de la médecine est le « *nimum ne crede dolori* ».

M. LAGACHE. — Pour confirmer le rôle de l'attention dans la perception de la douleur, on peut invoquer le fait que celle-ci varie avec les états de contraction et de résolution musculaire. Les expériences faites dans le laboratoire du Professeur Georges Dumas ont montré que les individus étaient vis-à-vis de la même excitation douloureuse, beaucoup moins sensibles dans l'état de contraction que dans l'état de relâchement.

La séance est levée à 18 h. 40.

Le Secrétaire des séances,

Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 3 Décembre 1936

Présidence : M. TINEL, président

Arriération mongolienne et méningite gommeuse de la base de l'encéphale, par MM. L. BABONNEIX et J. LHERMITTE.

La pathogénie du mongolisme est encore discutée, les uns tenant pour une anomalie régressive, les autres pour une origine endométrale gravidique maternelle. Dans le cas présenté, qui a trait à un enfant décédé au 4^e jour, les auteurs ont constaté l'existence d'une lissencéphalie, d'un épaissement important des lepto-méninges basilaires. Histologiquement, il s'agissait d'un processus syphilitique attesté par l'infiltration massive des parois des vaisseaux, artères et veines, la diffusion des plasmocytes et des lymphocytes dans les espaces sous-arachnoïdiens, enfin par les plages étendues où se déployait le processus de nécrose sous cellules géantes.

Névralgie du plexus lombaire survenue brusquement au cours d'un effort, par M. SOUQUES.

M. S. Souques communique deux observations de névralgie unilatérale et isolée du plexus lombaire, survenue en pleine santé, au cours d'un effort brusque. Les douleurs étaient extrêmement vives et occupaient tout ou presque tout le territoire du plexus. Quant aux troubles moteurs, ils étaient peu marqués, mais le réflexe rotulien était aboli. Les troubles moteurs ont disparu les premiers, puis, au bout d'un à deux mois, les phénomènes douloureux ; la perte du réflexe rotulien a survécu à la guérison. L'auteur s'at-

tache à l'étude de la pathogénie de cette névralgie. Il fait jouer un rôle très important à l'attitude du corps, au mouvement de l'effort, c'est-à-dire à la flexion synergique de la cuisse et du tronc qui accompagnent l'effort. Cette double flexion met en jeu le psoas et le plexus lombaire situé dans l'épaisseur de ce muscle ; elle fait amener soit une déchirure du psoas, soit une compression des « racines » du plexus, au niveau des vertèbres lombaires.

Syndrome pseudo-myopathique avec troubles pyramidaux, par M. BARRÉ.

L'auteur expose le cas d'un sujet atteint d'atrophie musculaire à type myopathique, survenue à la suite d'un état fébrile. Il existait des douleurs de la région lombo-sacrée au début, des troubles de la sensibilité objective à la période d'état, ainsi que des signes pyramidaux. Cette pseudo-myopathie à type infectieux a été améliorée par le traitement anti-infectieux.

Discussion. — MM. LHERMITTE et ANDRÉ-THOMAS discutent le terme de pseudo-myopathie.

M. ALAJOUANINE a rapporté des cas de polynévrite à allure myopathique, guérissable par le traitement.

Réflexe de sursaut à grande diffusion et d'inhibition impossible chez deux enfants atteints d'encéphalopathie congénitale, par M. P.-R. BIZE.

Phénomène banal, le réflexe de sursaut peut cependant présenter des particularités traduisant un état pathologique. Ainsi, chez deux enfants atteints de maladie de Little, on constate non seulement l'apparition du réflexe pour des seuils d'excitation assez légers, mais encore la diffusion considérable du réflexe à toute une série de territoire, et, enfin, l'absence de toute inhibition ; ce dernier phénomène impliquant non seulement l'absence d'acquisition de ce type d'inhibition chez ces enfants, mais aussi, peut-être, l'atteinte du substratum propre à cette acquisition.

Parkinsonisme traumatique,
par MM. Mathieu Pierre WEIL et Victor OUMANSKY.

Les auteurs rapportent deux observations de parkinsonisme traumatique chez des sujets jeunes.

Dans l'une, à la suite de l'éclatement d'un obus, survint avec des signes importants de commotion cérébrale, une paralysie faciale par blessure directe du nerf. Un an après, apparut un syndrome de contracture localisé à la moitié gauche du corps, qui peu à peu atteignit le côté opposé, tandis que s'installait un syndrome parkinsonien.

Dans la seconde, à la suite d'une fracture du crâne, survinrent des crises d'épilepsie traumatique dont la fréquence devait diminuer en même temps que se constituait peu à peu la maladie de Parkinson la plus caractéristique.

Ces deux faits, peut-être exceptionnels, mais dont la netteté est convaincante, répondent aux conditions requises pour admettre l'existence du parkinsonisme traumatique : traumatisme violent, période de latence entre l'accident et les premières manifestations de la paralysie agitante, absence de tout autre facteur étiologique.

Maladie de Paget accompagnant un syndrome neurologique,
par MM. GARCIN, VARRAY et HADJI-DIMO.

Les auteurs présentent un cas d'hémiplégie douloureuse : hémiplégie spinale, à début brusque, avec syndrome de Brown-Séquard. Les images radiologiques montrent les phases typiques de la maladie de Paget. Les lésions verticales sont surtout nettes au niveau de C¹.

Discussion. — M. DEREUX rappelle un cas qu'il avait présenté, où la maladie était survenue progressivement. Il insiste sur la nécessité de l'intervention dans cette situation.

M. ALAJOUANINE fait remarquer l'importance des lésions radiologiques chez le malade des présentateurs. Dans les cas qu'il avait rapportés antérieurement, les images n'étaient pas nettes. Il était permis de supposer l'existence de troubles plus circulatoires que compressifs à l'origine des troubles.

M. GARCIN est d'accord sur l'utilité de l'intervention et reconnaît la probabilité de troubles circulatoires associés.

Ramollissement cérébral hémorragique chez un enfant atteint de malformations cardiaques, par MM. Armand DELILLE, J. LHERMITTE et LESOBRE.

Chez une fillette de 18 mois, atteinte de maladie bleue avec rétrécissement pulmonaire, persistance du trou de Botal et communication inter-ventriculaire, apparut soudainement une hémiplégie droite avec aphasie. Bientôt des signes de spasmodicité survinrent, puis s'établit une hémiplégie gauche incomplète. L'enfant succomba brusquement dans le coma.

L'autopsie vient révéler, entre les altérations congénitales des valvules et des vaisseaux, l'existence de nodules sous les bords libres de la mitrale, lesquels étaient la marque d'une endocardite évolutive. Dans l'encéphale, on constate un très gros foyer de ramollissement du lobe frontal gauche et des circonvolutions rolandiques, de nombreuses nappes hémorragiques dans les deux hémisphères ; enfin des thromboses importantes des veines cérébrales.

Cette observation se superpose exactement à celle qu'ont publiés MM. LHERMITTE, LEREBoullet et KAPLAN. Dans les deux cas, les malformations cardiaques ont préparé, grâce à la stase veineuse, un terrain favorable à la thrombose, qui a été déterminée par un facteur infectieux dont on saisit la trace dans l'endocardite mitrale. Quant aux ramollissements, ils sont secondaires non pas à la thrombose des artères, intactes, mais à celle des veines. Ainsi qu'il arrive souvent chez l'enfant, ces ramollissements veineux sont la source de grandes hémorragies mortelles.

Polyradiculonévrite infectieuse avec dissociation albumino-cytologique.
Etude anatomo-clinique, par MM. Th. ALAJOUANINE, Th. HORNET, BOUDIN et FAULON.

Observation anatomo-clinique d'un malade chez qui on observe l'apparition brusque d'une polynévrite sensitivo-motrice, localisée d'abord aux membres inférieurs, s'étendant au bout de quatre jours aux membres supérieurs et à la face (diplégie faciale).

La maladie évolua sans fièvre ; il y avait une dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien (albumine : 1,20 ; cellules : 0,3).

L'examen histologique montre l'intégrité du système nerveux central et des lésions inflammatoires et dégénératives du système nerveux périphérique. Ces lésions intéressaient en premier lieu les racines nerveuses, surtout au niveau du nerf radiculaire, et les ganglions rachidiens, étant moins accusées sur les nerfs périphériques.

L'infiltration lympho-plasmocytaire diffuse et en amas est commune aux ganglions et aux racines. Dans le ganglion, il y a en plus des altérations des cellules nerveuses, et des figures de neuronophagie.

Dans le nerf, les phénomènes dégénératifs sont représentés par l'œdème et la prolifération des cellules de Schwann, la dégénérescence graisseuse fragmentaire des tubes myéliniques et certaines altérations cylindraxiles.

Ce cas rentre dans le cadre des polyradiculonévrites à dissociation albumino-cytologique — maladie infectieuse neurotrope avec affinité pour le système nerveux périphérique (ganglion sensitif, racines nerveuses).

Arachnoïdite syphilitique de la grande citerne, par M. DAVID.

Deux cas de tumeurs de l'hypophyse sans troubles visuels, par M. PUECH.

Présentation de deux cas : l'un d'acromégalie, l'autre de nanisme. Dans le premier cas, il s'agissait d'un adénome hypophysaire ; dans le second, d'un crânio-pharyngiome. Il n'existait ni atrophie papillaire, ni hémianopsie.

Cette absence de troubles visuels est peu fréquente dans les tumeurs hypophysaires.

Encéphalite pneumococcique,

par MM. L. RIMBAUD, G. ANSELME-MARTIN et H.-L. GUIBERT.

Ce cas s'est présenté cliniquement sous l'aspect d'un état infectieux consécutif à une otite suppurée, sans signes méningés, mais avec hypersomnie, mouvements choréo-athétosiques, aréflexie tendineuse, etc. Il fut identifié bactériologiquement par une hémoculture, qui donna du pneumocoque pur. Enfin, les lésions histologiques confirmèrent une encéphalite diffuse avec importantes lésions de périvasculite (manchons de leucocytes surtout polynucléaires et œdème inflammatoire avec distension microkystique des espaces péri-vasculaires), associées à des lésions interstitielles diffuses (infiltration leucocytaire et dégénérescence névroglique) et à des lésions parenchymateuses dégénératives (démýélinisation).

M. LECONTE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 28 Novembre 1936

Présidence : M. VERMEYLEN, président

A propos d'encéphalite épidémique, par M. HOVEN.

L'auteur résume un certain nombre d'observations qui tendent à montrer que l'encéphalite s'installe de préférence sur un terrain d'affaiblissement neuro-psychique constitutionnel, et que la descendance des encéphalitiques est souvent tarée.

Cette dégénérescence n'est pas nécessairement progressive ; des phénomènes de régénération peuvent intervenir. La comparaison avec les données de la littérature en ce qui concerne les facteurs héréditaires dans la schizophrénie et l'épilepsie, montre que très souvent des branches entières sont épargnées.

Etude du liquide céphalo-rachidien des déments précoces, par M. MUYLE.

C'est principalement la détermination du taux des chlorures qui a préoccupé l'auteur, en raison du rôle qu'on a voulu faire jouer à la tuberculose dans l'étiologie de la démence précoce, et de l'hypochlorurachie des méningites tuberculeuses. Ses recherches ont porté sur 90 déments précoces de sexe masculin dans des cas récents et anciens, où le diagnostic ne pouvait être mis en doute. Parallèlement, la tension du liquide, la cytologie, la teneur en albumine, les réactions de Bordet-Wassermann, de Weichbrodt, du benjoin colloïdal, ont été déterminées. Dans l'immense majorité des cas, ces différentes recherches ont fourni des résultats normaux.

L'étude de la chlorurachie ne confirme pas l'hypothèse de l'origine tuberculeuse de la démence précoce.

A propos de quelques cas d'oxycéphalie, par MM. MUYLE et THIENPONT.

Etude sémiologique et radiologique de sept cas d'oxycéphalie, dont deux cas d'oxycéphalie vraie et cinq cas de pseudo-oxycéphalie. Les auteurs insistent sur le fait que les oxycéphales ne sont pas toujours brachycéphales comme on l'a prétendu, mais parfois aussi dolichocéphales. Ils étudient les indices céphalométriques et les caractères radiologiques de leurs cas, dont la plupart présentaient des troubles mentaux graves : démence paranoïde, mélancolie, démence précoce, dégénérescence du sens moral, imbecillité.

J. LEY.

Séance du 19 Décembre 1936

Présidence : M. VERMEYLEN, président

Psychoses précocissimes. Présentation de malades, par M. J. LAMSENS.

La littérature signale des cas de démence précoce ayant débuté dans l'enfance. Ces cas sont rares, mais leur existence ne paraît pas douteuse. Le début peut même remonter à l'âge de 3 ou 4 ans, mais il semble que le diagnostic différentiel avec l'idiotie acquise soit alors difficile. Ces malades sont souvent soignés à domicile et échappent à l'observation des médecins d'asile.

Le premier cas concerne une fillette de 15 ans, chez laquelle des anomalies psychiques et des crises épileptiformes existaient depuis la plus petite enfance, mais qui présente depuis l'âge de 8 ans des symptômes bizarres, très différents de ce qu'on observe dans l'oligophrénie : catatonie, négativisme, stéréotypies d'attitudes et de mouvements, mutisme complet. L'auteur insiste sur le caractère très particulier du négativisme et sur certaines réactions inattendues très analogues à celles qu'on observe dans la démence précoce. Cependant, les antécédents de la malade ne permettent pas, dans ce cas, d'affirmer le diagnostic de démence précocissime.

Dans le second cas, par contre, il s'agit d'une fillette de 15 ans, dont l'intelligence était normale et même brillante, et qui fit à l'âge de 13 ans une crise d'excitation psycho-motrice vive avec anxiété, érotisme et mysticisme, à la suite de laquelle s'installa un état d'indifférence affective avec euphorie, rires immotivés, maniérisme, stéréotypies, négativisme. Ce tableau clinique correspond bien à ce qui a été décrit sous le nom d'hébéphrénie précocissime.

Le troisième cas représente une forme délirante à type paranoïde : il s'agit d'une fillette de 15 ans, dont l'affection débuta à 11 ans par des troubles du caractère et du sens moral, des crises de colère. Puis survinrent des idées de suicide et des tentatives d'auto-mutilation, des hallucinations auditives, visuelles, gustatives et olfactives, des idées délirantes : elle est en vie pour la troisième fois, elle a connu Christophe Colomb, elle connaît le langage des oiseaux. Le puérilisme et la régression de la personnalité augmentent avec l'âge.

L'auteur insiste sur la rareté relative de ces démences précocissimes, et envisage le diagnostic différentiel avec la débilité mentale, avec une atteinte méconnue d'encéphalite et avec les bouffées délirantes de certains dégénérés.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 28 Novembre 1936

Présidence : M. ENDERLÉ, président

Crampe tonique, par M. RADERMECKER.

Présentation d'un jeune homme de 18 ans qui, à la suite d'une infection grave mais mal déterminée, de la première enfance, présenta des troubles de développement du côté gauche du corps. Les membres sont plus courts de ce côté. Depuis l'âge de 8 ans, il présente surtout à l'occasion des émotions, des crampes brusques du bras gauche, qui se met en flexion, et se décontracte ensuite lentement. Ces crampes sont indolores. L'examen neurologique ne met en évidence aucun signe pathologique, à part quelques myoclonies au repos. Les muscles du bras gauche sont nettement hypertrophiés. Les examens électriques démontrent qu'il ne s'agit pas d'une affection musculaire primitive.

L'auteur pense que le trouble s'apparente aux spasmes de torsion et résulte de petites lésions du néostriatum.

Deux cas de myélite-cécité, par M. DUJARDIN.

On sait qu'habituellement l'apparition d'une manifestation tertiaire paraît arrêter l'évolution de la parasyphilis. C'est le cas du tabès-cécité. Dans les cas présentés par l'auteur, l'atrophie optique qui évoluait sans tabès, fut arrêtée à la suite d'une cure malarique et l'on vit apparaître trois mois plus tard une myélite syphilitique avec paraplégie spastique. L'absence de signe d'Argyll-Robertson démontre qu'il s'agissait bien de syphilis tertiaire pure.

Nouveau procédé de localisation pour les recherches sur le cortex cérébral. Le palliogramme, par MM. d'HOLLANDER et STOFFELS.

Les auteurs ont voulu remédier aux grandes difficultés qu'on éprouve à localiser exactement une lésion : le plan de section n'est pas toujours le même, le relief est impossible à représenter sur les schémas ordinaires, les lésions y sont situées en surface mais pas en profondeur. Leur méthode, très ingénieuse, consiste à inclure la pièce (le cerveau de lapin) de manière à obtenir des plans de section absolument constants, puis à faire un agran-

dissement schématique de chaque coupe. Ce schéma est alors reporté sur un diagramme figurant tout le cortex — le palliogramme — sur lequel les courbures du cortex ne sont plus projetées mais étalées. Le schéma normal est ainsi établi une fois pour toutes et les coupes pathologiques sont projetées de la même façon. Des signes spéciaux indiquent la profondeur de la lésion. Les aires de Brodmann sont reportées sur le schéma.

Les auteurs exposent les résultats auxquels ils sont arrivés dans l'étude de la systématisation des fibres arrivant au cortex et dans les divers noyaux du thalamus. Ils ont pu démontrer que les différentes voies de la sensibilité se systématisent toujours dans le même ordre, aussi bien dans le sens thalamo-cortical que dans le sens cortico-pédonculaire.

**Contribution à l'étude du syndrome polyradiculonévritique de
Guillain et Barré chez l'enfant, par M. ANSAY.**

Il s'agit du cas d'un garçon de 8 ans 1/2 qui, à la suite d'un épisode infectieux rhino-pharyngé, présenta un tableau clinique de lésions radiculaires et névritiques sans aucun signe médullaire.

Le début fut marqué par des céphalées avec vomissements, des signes méningés, une paraplégie flasque, douloureuse, avec abolition des réflexes tendineux et cutanés, des troubles sphinctériens, une hyperalbuminose avec xanthochromie du liquide céphalo-rachidien.

L'affection évolua en 10 mois et se termina par la guérison.

L'étiologie de ces cas reste obscure ; le rôle de l'infection est probable.

J. LEV.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Réunion annuelle tenue à Bruxelles le 20 Décembre 1936

Présidence : M. CHEVAL

Cette réunion était consacrée à l'exposé et à la discussion du rapport sur *l'exophtalmie unilatérale*, présenté par MM. Louis de Walsche et Jacques Ley.

I. L'exophtalmie unilatérale (partie ophtalmologique), par M. L. DE WALSCHE.

L'étude de l'exophtalmie unilatérale doit nous faire écarter tout d'abord *les fausses exophtalmies* telles que la myopie, la buphtalmie et la mégalo-
ophtalmie unilatérales, où le globe oculaire n'est pas véritablement propulsé.

Les causes de l'exophtalmie unilatérale sont nombreuses :

1° Les exophtalmies d'origine endocrinienne (thyroïdienne, hypophysaires, surrénaliennes, etc.), et notamment la maladie de Basedow.

2° Celles causées par des inflammations aiguës ou chroniques et des troubles circulatoires.

3° Les exophtalmies provoquées par des tumeurs orbitaires, à l'exception des tumeurs intracrâniennes, qui sont étudiées dans la seconde partie de ce rapport.

4° Les exophtalmies déterminées par les maladies osseuses congénitales ou autres.

Parmi ces diverses causes, les plus fréquentes sont les inflammations et les tumeurs de l'orbite, mais les statistiques précises à ce sujet sont rares.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Décembre 1936. 58.

a) *L'exophtalmie basedowienne*, généralement bilatérale, peut cependant n'apparaître que d'un seul côté. Sa pathogénie a fait l'objet de nombreux travaux récents, à la lumière desquels l'auteur expose l'état actuel de la question des exophtalmies endocriniennes.

b) Parmi les exophtalmies unilatérales d'origine inflammatoire aiguë, il faut insister particulièrement sur les *pseudo-phlegmons de l'orbite* ou fluxions orbitaires. Ceux-ci sont fréquemment confondus avec les vrais phlegmons, qui sont beaucoup plus redoutables. Les phlegmasies orbitaires infantiles, généralement d'origine nasale et ethmoïdale, cèdent à un simple traitement médical. L'œdème, précoce et rapide, respecte la mobilité du globe ; l'état général reste satisfaisant malgré une température pouvant aller jusqu'à 40°. La radiographie est très utile dans ces cas pour contrôler l'état des sinus ; s'il n'existe pas de refoulement de la lame papyracée, le pronostic est bon.

Parmi les affections inflammatoires chroniques, notons les *sinusites enkystées ou mucocèles*, qui sont une cause fréquente d'exophtalmie unilatérale.

c) *Les maladies du sang, les leucémies, le scorbut et la maladie de Wherloff* peuvent déterminer également l'exophtalmie unilatérale. Clifford estime que 10 % des exophtalmies chez les enfants reconnaissent le scorbut comme cause.

L'exophtalmie unilatérale pulsatile lente, progressive et réductible, a pour cause, presque toujours, un anévrisme artério-veineux.

L'exophtalmie intermittente non pulsatile est causée surtout par le varicocèle orbitaire.

d) *Les tumeurs de l'orbite*, tant secondaires que primaires, sont une des causes les plus fréquentes de l'exophtalmie unilatérale ; elles sont excessivement variées au point de vue histologique.

Les *tumeurs des glandes lacrymales* se caractérisent par leur siège, leur évolution indolore au début, le moment de leur apparition entre 18 et 40 ans ; leurs caractères histologiques et cliniques les rapprochent des tumeurs salivaires.

Les *myélomes* caractérisés par l'albumose de Bence Jones et surtout le *chlorome ou cancer vert d'Aran* sont souvent diagnostiqués en premier lieu par les oculistes.

Dans les *tumeurs primitives du nerf optique et du chiasma*, l'exophtalmie se produit dans plus de 75 % des cas pendant les dix premières années, mais ce symptôme si important n'est pas le premier en date ; il est en effet précédé généralement d'une diminution de l'acuité visuelle, surtout s'il s'agit d'un gliome, plus rarement s'il s'agit d'un méningiome des gaines, car l'exophtalmie précède alors la perte progressive de la vue. Généralement, la mobilité de l'œil n'est pas atteinte, surtout lorsqu'il s'agit de gliomes. Signalons l'élargissement du trou optique par les tumeurs intracanaiculaires.

La *neurofibromatose de Recklinghausen* frappant le nerf optique peut déterminer aussi de l'exophtalmie unilatérale.

e) Les *dysostoses crâniennes*, enfin, viennent terminer cette revue d'ensemble ; la *maladie de Crouzon* ou dysostose cranio-faciale héréditaire, la *turrocéphalie ou oxycéphalie*, la *microcéphalie* et l'*hydrocéphalie*.

La dysostose hypophysaire ou maladie de *Christian Schüller*, encore appelée *xanthomatose cranio-hypophysaire* s'accompagne assez fréquemment d'exophtalmie unilatérale au début ; l'exophtalmie devient ensuite bilatérale.

II. L'exophtalmie unilatérale en neurologie, par M. Jacques LEY.

Un grand nombre de processus pathologiques qui se développent aux environs de l'orbite, peuvent dans certains cas déterminer la protrusion d'un globe oculaire. Le plus souvent, il s'agit de la pénétration dans l'orbite de ce processus pathologique, ou d'une action mécanique directe sur les parois orbitaires ou encore de proliférations osseuses.

Cependant, cette participation directe de l'orbite n'est pas la règle absolue, même lorsque la lésion causale est toute proche de la cavité orbitaire. D'autre part, des lésions très éloignées peuvent également déterminer la protrusion d'un globe oculaire. La cause immédiate de l'exophtalmie est dans ces cas assez difficile à préciser.

Parmi les affections neurologiques, ce sont incontestablement les *tumeurs cérébrales* qui déterminent le plus souvent l'exophtalmie unilatérale. Ce symptôme s'observe dans 1,5 à 2 % des cas de tumeurs cérébrales, tandis que l'exophtalmie en général — uni- et bilatérale — se rencontre dans 8 à 10 % des cas.

Il s'agit le plus souvent de tumeurs de la base, de tumeurs des lobes frontaux ou temporaux, c'est-à-dire de néoplasmes pouvant atteindre directement l'orbite ou déterminer dans les fosses cérébrales moyenne et antérieure une forte hypertension.

Les tumeurs postérieures — lobes pariétal et occipital, cervelet, angle ponto-cérébelleux, rocher, tronc cérébral — ne s'accompagnent d'exophtalmie unilatérale que dans des cas tout à fait exceptionnels.

L'exophtalmie indique presque toujours le côté de la lésion ; cependant, des exceptions à cette règle ont été signalées.

En ce qui concerne la *nature de la tumeur*, plus de 50 % des cas d'exophtalmie unilatérale répondent à des méningiomes. Les hyperostoses que déterminent ces tumeurs sont souvent en cause. Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde sont particulièrement à retenir : ils s'accompagnent d'exophtalmie unilatérale dans 1/3 des cas environ.

Certaines tumeurs malignes, les ostéomes orbito-ethmoïdaux, les tumeurs vasculaires, les angiomes artério-veineux en particulier, peuvent déterminer l'exophtalmie unilatérale. Les gliomes, par contre, en sont une cause très rare.

Parmi les tumeurs de la région hypophysaire, il faut retenir les méningiomes et les tumeurs malignes ; les adénomes hypophysaires ne déterminent pas d'exophtalmie unilatérale, et les craniopharyngiomes peuvent, dans des cas très rares, se propager à l'orbite.

Au point de vue symptomatologique, l'auteur insiste sur la précocité de l'exophtalmie, qui peut exister pendant des années sans aucun autre signe de tumeur ; il décrit l'aspect de l'exophtalmie, ou mieux de l'exorbitisme, les troubles de la position et des mouvements du globe, les signes pupillaires en rapport avec le syndrome de la fente sphénoïdale, l'état de la vision, du champ visuel et du fond de l'œil. L'absence de stase dans les veines rétiniennes et de papille de stase du côté exophtalmé est très fréquemment signalée.

Cet exposé est accompagné de la projection de documents photographiques.

La cause immédiate de l'exophtalmie, lorsque l'orbite n'est pas directement intéressée, est difficile à préciser. On a incriminé la stase veineuse, l'irritation du sympathique, la paralysie des muscles oculaires, l'hyper-

tension intra-cranienne, mais aucune de ces explications ne paraît entièrement satisfaisante. L'intervention possible d'un facteur endocrinien doit être envisagée.

En dehors des tumeurs cérébrales, la thrombo-phlébite du sinus caverneux, les abcès cérébraux, les anévrysmes des artères cérébrales, les traumatismes, les méningites, l'hydrocéphalie interne, l'oxycéphalie, peuvent être des causes d'exophtalmie unilatérale. Dans le syndrome sympathique cervical, l'exophtalmie est le plus souvent absente et il n'est pas démontré qu'une irritation du sympathique soit capable de déterminer l'exophtalmie.

Certains cas d'exophtalmie unilatérale transitoire sont également signalés.

DISCUSSION ET COMMUNICATIONS

M. Hartmann (de Paris) signale deux cas de pseudo-exophtalmie par rétraction spasmodique de la paupière supérieure, et précise l'évolution des complications intra-orbitaires des sinusites.

D'autre part, sur 16 cas de méningiomes olfactifs observés avec *M. Clovis Vincent*, l'exophtalmie a été rencontrée trois fois, dont deux fois à prédominance du côté de la lésion et une fois franchement unilatérale.

Enfin, dans un cas de neurinome du canal optique, mais sans lésions du nerf optique, l'auteur a observé de l'exophtalmie unilatérale, alors que l'orbite était entièrement libre et qu'il n'existait aucun œdème rétro-orbitaire. Cette observation confirme l'obscurité qui entoure encore la pathogénie de l'exophtalmie dans certains cas.

M. H. Coppez (de Bruxelles) apporte trois documents cliniques. Le premier concerne un cas de métastase rétro-orbitaire de cancer du sein avec exophtalmie unilatérale, chez une femme atteinte en outre d'irido-choroïdite syphilitique et de zona ophtalmique, ce qui rendit le diagnostic difficile au début.

Le second cas est relatif à une exophtalmie d'origine hypophysaire, apparue après ablation d'un goitre plongeant. L'auteur pense qu'il faut être très réservé quant au rôle de la contracture des muscles lisses de l'orbite dans la pathogénie de l'exophtalmie.

Enfin, en ce qui concerne le syndrome sympathique cervical, *M. Coppez* relate un cas dans lequel l'abaissement de la tête déterminait du myosis avec douleurs oculaires. La radiographie montrait du même côté une hypertrophie de l'apophyse transverse de C7.

M. Tournay (de Paris) signale que dans la pathogénie de l'inégalité pupillaire, l'irritation mécanique du sympathique est rarement en cause, et qu'elle se manifeste presque toujours par des symptômes de déficit. Le fait a été vérifié au cours d'opérations et dans des expériences sur l'animal : l'excitation mécanique du sympathique lombaire chez le chien détermine aussi des réactions de déficit.

M. Renard (de Paris) a observé la rétraction du contenu orbitaire à la suite de certains traumatismes, ce qui peut faire croire à de l'exophtalmie du côté opposé. La cause de ce phénomène est inconnue.

L'auteur attire l'attention sur les complications inflammatoires des affections sinusiennes, sur leur traitement et sur leur symptomatologie parfois très trompeuse. Il relate un cas de mucocèle ethmoïdale latente, qui s'est infectée brusquement et a provoqué en quelques heures une exophtalmie unilatérale énorme.

M. Dollfus (de Paris) rappelle ses travaux sur la péri sclérite localisée suppurée ; lorsque l'abcès est postérieur, on peut croire à un début de pseudo-phlegmon de l'orbite.

D'autre part, dans les gliomes du nerf optique, l'examen du fond de l'œil montre généralement une stase lorsque la tumeur est antérieure, une atrophie optique lorsqu'elle est postérieure. Cette notion est importante au point de vue thérapeutique.

M. Dollfus relate enfin un cas de méningiome frontal opéré et guéri, dans lequel l'exophtalmie unilatérale fut pendant plusieurs années l'unique symptôme.

M. Guillaumat (de Paris) rapporte un cas de méningiome de la petite aile du sphénoïde, dans lequel la pathogénie veineuse de l'exophtalmie unilatérale paraît certaine : il s'agissait d'un méningiome en plaque développé vers la selle turcique et comprimant la veine ophtalmique à son embouchure. Après l'intervention, la stase veineuse et l'exophtalmie ont rétrogradé parallèlement.

M. Thienpont (d'Anvers) présente une belle série de clichés radiographiques relatifs au diagnostic différentiel entre les hyperostoses dues aux méningiomes, les ostéomes et les sinusites ethmoïdales.

M. Hicquet (de Bruxelles) montre que le pseudo-phlegmon de l'orbite et le phlegmon-abcès sont deux stades de la même affection. Il insiste sur la fréquence de l'atteinte des sinus ethmoïdaux par rapport aux sinus frontaux et présente des documents relatifs à trois cas d'exophtalmie unilatérale par affection des sinus. Les affections suppurées anciennes peuvent rester latentes pendant très longtemps et donner à la radiographie l'aspect d'une néoplasie.

M. P. Hennebert (de Bruxelles) décrit la méthode de Proetz pour l'examen lipiodolé des sinus.

M. Helsmoortel (d'Anvers) relate le cas d'un jeune homme qui présente, dès qu'il se trouve aux environs d'un cours d'eau, une exophtalmie uni- ou bilatérale avec œdème des paupières. Il s'agit probablement d'un phénomène de sensibilisation anaphylactique.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

Gaufridy, par le Dr Henry MEIGE (1 vol., in-12, 224 pages, in Collection « Les Histoires Extraordinaires », Gallimard édit., Paris 1936).

C'est une triste et bien intéressante histoire de sorcellerie et de possession démoniaque que le Dr Henry Meige, professeur à l'Ecole Nationale des Beaux-Arts, membre de l'Académie de Médecine, rapporte dans ce livre, en des pages qui sont une remarquable évocation d'une époque, en même temps que du terrain, du milieu, des pratiques et de l'appareil des procès de sorcellerie.

Nous n'avons pas lieu de nous montrer sévères pour ces croyances du passé. Si l'interprétation des faits nous paraît aujourd'hui toute différente, médecins et magistrats partageaient les erreurs de leur temps. Depuis longtemps sans doute, ou tout au moins depuis un temps qui nous paraît long mais est, en réalité, peu éloigné de nous, il n'est plus question d'attribuer de tels troubles morbides à la possession diabolique. Mais beaucoup d'entre nous se souviennent d'une époque récente où la culture inconsciente de « la grande névrose » aboutissait à un comportement analogue à celui des héroïnes du drame rapporté par M. Henry Meige.

Suivant pas à pas ses personnages, que le lecteur voit réellement vivre et agir devant ses yeux, l'auteur, avec un art admirable, évoque dans le décor provençal de la grotte de la Sainte-Baume, où sainte Marie-Madeleine, pécheresse repentie, passa, dit-on, en prières et en pénitences, les trente dernières années de sa vie, l'état des esprits en France au début du règne de Louis XIII, alors que la Régente, Marie de Médicis, vivait entourée d'astrologues italiens et que sa favorite, la Maréchale d'Ancre, Léonora Galigai, elle-même brûlée comme sorcière en 1617, se livrait à la magie noire et pratiquait les envoûtements. C'est d'après des documents émanant des acteurs principaux eux-mêmes, que nous assistons à ce procès qui, le 30 avril 1611, conduisit au bûcher l'innocent et malheureux abbé Louys

Gaufridy, curé de la paroisse des Accoules, au cœur du Vieux-Marseille. Antérieurement à la tragique histoire beaucoup plus connue de Sœur Jeanne des Anges, Supérieure des Ursulines de Loudun, le déséquilibre de Magdaleine de la Palud, Ursuline d'Aix et de Louise Capeau eut les mêmes effets. Le parallélisme de l'évolution de ces deux procès est bien mis en lumière par M. Henry Meige. D'ailleurs, il y eut également à Aix, peu de temps après le supplice du « magicien » Gaufridy, d'autres épidémies de possession, notamment chez les Religieuses de Sainte-Claire.

On lira en entier cette remarquable observation où apparaissent les manifestations convulsives « hystériques », les attitudes passionnelles, les baillements, les accès d'éternuement, de toux, de hoquet, les cris d'animaux, les stigmates, les alternatives d'anorexie et de boulimie, les rêves, les vaticinations, le délire, les pseudo-tentatives de suicide, les aspects puérils et les résultats lamentables d'une mythomanie collective et cultivée, aggravée par les interrogatoires, les suggestions souvent inconscientes, les confrontations éveillant des rivalités, les exorcismes publics alternant avec les claustrations, les macérations, les jeûnes et toutes les rigueurs de la vie monastique.

Ce sont les mêmes désordres qui caractérisaient les Ménades de Dionysos, les Pythonisses d'Apollon, les prêtresses des Bacchanales, les démonopathes du Moyen-Age, les convulsionnaires de Saint-Médard. On les retrouve chez les féticheurs nègres. L'analogie des débordements des possédées et des manifestations attribuées à la puissance des dieux de l'antiquité devait, au Moyen-Age, faire conclure à leur origine diabolique. Dans le plus ancien sanctuaire de la Grèce, à Delphes, les Pythies qui rendaient les oracles, magistralement étudiées par M. Henry Meige, dans son discours inaugural du Congrès de Luxembourg (1), se sont parfois montrées aussi turbulentes que le furent plus tard les démonopathes du Moyen-Age et les grandes hystériques de la Salpêtrière. Les Possédées du Diable ont pour ancêtres les Possédées des dieux païens.

Quelles que soient l'authenticité de ses sources et la rigueur de sa critique, ce document clinique exceptionnel est offert au lecteur avec un tel art de présentation, une forme si parfaite, que c'est aussi le plus vivant des romans historiques.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg (*Dir. Prof. PFERSDORFF*), **XI, 1936**, par Ch. BLONDEL, C. PFERSDORFF, C. WEISSHEYER, O. ROTHENHÖFER et Eug. GELMA (1 vol., in-8°, 326 pages, Librairies Universitaires d'Alsace, Strasbourg, 1936).

Ce volume débute par un très intéressant travail du Professeur Charles Blondel, intitulé : *A propos des mouvements volontaires*. Adoptant la définition de Georges Dumas, « nous ouvrons et nous fermons la main ; nous

(1) HENRY MEIGE. — Les Possédées des Dieux (*Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1894, n° 2). — L'Hystérie dans l'Histoire et dans l'Art (*Presse Médicale*, 1909). — La Pythie de Delphes (*Congrès des aliénistes et neurologistes*, Luxembourg, 1921, Masson éditeur), etc.

« fléchissons un doigt, nous replions notre avant-bras sur notre bras et, dans certaines circonstances qu'il reste à déterminer, nous disons que ces mouvements ont été volontaires ». M. Ch. Blondel établit d'abord qu'il convient de parler non de mouvements volontaires, mais de mouvements que nous dénommons volontaires, en général après leur exécution, tandis que pour Renouvier et James, il existe des mouvements authentiquement volontaires. Pour M. Georges Dumas, appuyé de Bain, il n'est pas de phénomène authentiquement volontaire, il n'y a que des mécanismes moteurs automatiques, que des connexions automatiques entre idées et poussées affectives, d'une part, mécanismes moteurs, de l'autre, conditions reconnues par tous de tous nos mouvements quels qu'ils soient. Aucun mouvement ne saurait jamais être dit volontaire, sinon en considération de son ambiance. Nos actes automatiques nous paraissent mériter d'être dits volontaires quand ils ont été corrects, opportuns, adaptés aux exigences de la situation, nécessités physiques et obligations morales. L'initiative opportune tendant à devenir habitude, on comprend que l'acte volontaire, puisqu'il est avant tout opportun, soit aussi bien acte réfléchi et acte automatique. Les actes émotifs et passionnels ne sont jamais tenus pour volontaires : ils sont rarement opportuns et, quand ils le sont, ils ne peuvent être ni réfléchis, ni automatiques.

L'acte volontaire n'est pas un fait biologique. C'est avant tout un fait social : il n'en a pas moins ses conditions physiologiques qui ne nous sont pas encore connues et supposent des mécanismes cérébraux susceptibles de déclencher les mécanismes moteurs corticaux et sous-corticaux. Ce que nous pouvons savoir de plus positif de l'activité volontaire nous viendra de l'étude des conduites humaines, de leur organisation et de leur unification.

Le Professeur C. Pfersdorff consacre un important mémoire de 142 pages à l'étude de 13 cas de *dissociation schizophrénique du langage*. Les associations du langage jouent, très souvent, en pathologie, un rôle plus grand que celles de l'idéation et le cas extrême est celui de certains catatoniques du langage automatique desquels l'idéation est exclue. A l'opposé, l'excitation du langage peut servir à l'interprétation d'une pensée manifestement influencée par des associations verbales purement phonétiques. Il existe entre ces deux formes toute une série de stades intermédiaires : l'observation clinique permet de distinguer des subdivisions par rapport à la qualité des mots, par rapport aussi à la syntaxe de la production verbale. On trouvera dans ce mémoire la continuation et la confirmation des intéressants travaux antérieurs de l'auteur sur les troubles verbaux et syntactiques du langage pathologique et sur les catégories de ce langage.

M. Ch. Weissheyer étudie les troubles de la syntaxe dans un cas de *tumeur du lobe frontal droit intéressant le noyau caudé et la couche optique* où les anomalies du langage survenaient par accès, pendant lesquels le malade présentait de la confabulation verbale. La persévération a exercé une influence prépondérante sur le langage de ce malade, qui présentait de grandes analogies avec des cas de langage catatonique. L'auteur conclut que des lésions situées dans d'autres régions du cerveau que le cortex et dans n'importe quel hémisphère peuvent provoquer des troubles syntactiques du langage, et que ceci permet d'admettre l'existence de centres d'interruption.

De M. O.-J. Rothenhöfer, une étude sur l'*inhibition psychique avec consé-*

quences médico-légales, basée sur 4 cas de dépression cyclothymique, dans lesquels l'inactivité pathologique des sujets fut cause des faits qui amenèrent leur inculpation.

Le volume se termine par des *Remarques sur un cas de schizophrénie guérie*, où M. Eug. Gelma étudie, à propos d'un cas, les troubles de l'affectivité, l'influence de la « libido » dans la genèse des troubles et la direction des associations d'idées, les séquelles psychiques de la maladie, et s'élève contre l'extension du concept schizophrénique.

René CHARPENTIER.

Le sort du délire dans 16 cas de psychoses hallucinatoires chroniques (paraphrénies et schizophrénies) observés à l'asile de Stéphanfeld (durée des maladies variant de 9 à 37 ans), par le Dr Paul ROTH (1 brochure in-8°, 162 pages. Librairie Universitaire d'Alsace. Thèse Strasbourg, 1935).

L'auteur a divisé ses cas en 3 groupes principaux : A. formes cycliques ; B. formes à prédominance d'hallucinations multiples ; C. formes à pararéactions motrices.

Le groupe A (comprenant 4 cas sur 16) est formé par des cas à évolution cyclique se rapprochant beaucoup de la folie maniaque dépressive. L'affectivité est relativement bien conservée. Les hallucinations, qui sont surtout auditives verbales, concordent avec la nuance affective. Il y a alternance plus ou moins régulière de phases dépressives avec idées de persécution et de phases d'excitation motrice. Des idées de grandeur peuvent s'observer à la période terminale. En général, il n'y a aucune évolution du délire. Il n'y a ni troubles du langage ni de la motricité.

Le groupe B (comprenant 5 cas sur 16) est caractérisé par le développement considérable d'hallucinations de tous les champs sensoriels. Le délire d'influence physique est fréquent. Idées de persécution et idées de grandeur peuvent coexister ou non. L'affectivité diminue pendant l'évolution de la maladie. Le langage de ce groupe est caractérisé par l'emploi de substantifs inusités, souvent néoformés *ad usum proprium* et qui servent quelquefois à désigner les persécuteurs. Le comportement de ces malades, souvent autistes, est en apparence bizarre, mais parfois à motiver par des idées délirantes. Il n'y a aucune évolution notable du délire.

Le groupe C (comprenant 3 cas sur 16) est caractérisé par des hallucinations de tout genre, parfois par le délire d'influence physique, des idées de persécution et surtout de grandeur. Il y a des troubles moteurs, du maniérisme ; le langage participe au maniérisme (style ampoulé, imprécis). Il y a une diminution notable de l'affectivité, le comportement est autiste, le délire reste sensiblement stationnaire.

L'auteur range les cas groupés sous A, B et C parmi les paraphrénies, malgré la différence avec la symptomatologie des types paraphréniques classiques et ceci à cause de la persistance des idées délirantes ; car les idées délirantes disparaissent dans les états terminaux de la schizophrénie, de même que dans les états de rémission des schizophrénies périodiques. L'objection éventuelle d'admettre que les formes terminales représentent tout simplement un état encore plus avancé, plus dementiel que les cas observés par l'auteur, est réfutée par la durée d'observation qui est tellement longue qu'une progression de l'état est exclue.

Outre les trois groupes principaux, il reste encore un quatrième groupe, 4 cas sur 16, qui ne ressortent pas des autres groupes et qui réalisent des formes cliniques connues de la schizophrénie et de la paraphrénie. Il s'agit : 1° d'une paraphrénie fantastique ; 2° d'une paraphrénie expansive ; 3° d'une paraphrénie systématique ; 4° d'un état de rémission de la schizophrénie.

Charles BUHECKER.

Associations épileptiques et associations schizophréniques, par le Dr Henri ULRICH (1 brochure in-8°, 44 pages. Impr. Willm, Niederbronn-les-Bains. Thèse Strasbourg, 1935).

Après avoir donné l'observation d'un épileptique, M. H. Ulrich étudie les associations des épileptiques en général et les compare aux associations fournies par les schizophréniques et les postcommotionnels.

Le cas qui a servi à l'auteur comme sujet de thèse est intéressant par le fait qu'il ne montre non seulement le retardement et la réduction des possibilités associatives, il montre aussi des relations associatives présentant le caractère de la parafonction : 1° réaction associative donnant *pars pro parte* ; 2° réaction associative présentant la substantivation et l'adjectivation du verbe.

L'existence de parafonctions dans les associations d'un épileptique n'a pas encore été signalée par d'autres auteurs.

Charles BUHECKER.

Un cas de tumeur du lobe frontal droit intéressant le noyau caudé, par le Dr Ch. WEISSHEYER (1 brochure in-8°, 60 pages. Librairie Universitaire d'Alsace. Thèse Strasbourg, 1935).

M. Weissheyer compare le langage du cas organique qu'il présente dans sa thèse au langage qu'on rencontre dans les psychoses : c'est un langage catatonique. Il présente de courtes phrases dont la syntaxe est correcte. Les différentes phrases sont coordonnées et non subordonnées, il y a de la persévération de certains mots, enfin des mots composés.

L'auteur cite, à côté de ce cas, encore deux autres publiés ailleurs (l'un avec une tumeur de la couche optique gauche, l'autre avec des tumeurs multiples de l'hémisphère droite, dont une siégeant au niveau du noyau caudé). Ces deux avaient présenté également un langage catatonique. Dans les trois cas le cortex était intact.

La première conclusion de l'auteur est la suivante : des lésions situées dans des régions du cerveau ailleurs qu'au cortex peuvent provoquer des troubles du langage.

La persévération est un symptôme particulièrement développé chez le cas de l'auteur. Il rapproche ce phénomène du phénomène d'itération de Kleist et Merzbach qui eux ont démontré le rôle du noyau caudé, du corps strié et du pallidum, dans la genèse de l'itération verbale.

M. Weissheyer arrive à la deuxième partie de sa conclusion : le rôle prépondérant de la persévération de son cas, persévération qui peut être considérée comme un phénomène d'itération, confirme les conceptions de Kleist et Merzbach ; car dans ce cas également il y avait lésion du noyau caudé. Peu importe le côté de la lésion.

Charles BUHECKER.

L'autisme mythomane, par le D^r Roger FRÉTIGNY, de la Faculté de Médecine de Paris, licencié ès-lettres, diplômé d'études supérieures de philosophie. 1 brochure in-8°, 133 p., L. Rodstein, édit., Thèse, Paris, 1936.

L'auteur critique la distinction classique entre la mythomanie simple et la mythomanie délirante. Pour lui, la croyance au mythe devient « un symptôme variable » et ne possède pas la valeur d'un critère différentiel ; tous les mythomanes adhèrent à leur mythe d'une façon vitale et seraient délirants ; leur autisme seul serait plus ou moins extériorisé.

Il traite son sujet en trois points : psychologique, essentiel et thérapeutique. Le rêve, sous toutes ses formes, est une désadaptation au réel et n'est possible que par une libération des puissances de contrôle ; il satisfait souvent un besoin de compensation. L'égoïsme de ces malades se traduit nettement par leur indifférence totale à l'égard des autres dans les milieux à mythomanes (milieux de dévoyés, de prostitués des deux sexes, milieux spirites, sportifs, journalistiques, cinématographiques...). L'affectivité domine leurs mythes et leur activité, plus que l'intellectualité et l'imagination.

Le mythomane satisfait un besoin inné de fabuler, un prurit d'inventer ; la base même de son activité morbide est l'intérêt qu'il porte à lui-même, l'hypertrophie de l'intérêt au moi, l'égoïsme.

Les considérations thérapeutiques de l'auteur découlent de sa notion d'un autisme mythomane ; il vise à un traitement par ce qu'il appelle la désorganisation-choc qui s'apparente assez étroitement au mécanisme de la psychanalyse. Cependant, nous ne le suivrons pas quand il dit que « n'importe quel praticien intelligent, *non médecin même*, peut tenter le traitement sans initiation préalable ». Le traitement d'un malade — car le mythomane, même si on ne le considère pas comme un délirant, reste toujours un malade — fait partie de la pratique médicale et non des études philosophiques.

R. DUPOUY.

NEUROLOGIE

Les spasmes de la face et leur traitement, par Th. ALAJOUANINE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux de Paris et R. THUREL, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-chef de clinique à la Faculté (1 vol., in-12, 83 pages, in Collection « Médecine et Chirurgie : recherches et applications », Masson et C^{ie} édit., Paris 1936.

En présence d'un trouble nerveux quel qu'il soit, il importe tout d'abord de préciser, dans la mesure du possible, son substratum anatomique et son mécanisme physiopathologique. Après avoir déterminé par l'analyse morphologique quels sont les muscles qui entrent en jeu dans la production du spasme de la face, la connaissance des synergies musculaires fonctionnelles permet de reconnaître l'origine périphérique ou centrale du spasme.

Le spasme périphérique porte sur tout ou partie de la musculature faciale sans tenir compte des synergies fonctionnelles ; les spasmes d'origine centrale mettent en œuvre des muscles synergiques appartenant souvent à des territoires nerveux différents.

Après avoir rappelé les insertions et l'action des muscles de la face, MM. Alajouanine et Thurel étudient successivement l'hémispasme périphé-

rique et les spasmes de la face d'origine centrale (spasmes réflexes accompagnant la névralgie du trijumeau ou dus à une irritation périphérique, tics de la face, spasme facial cortical de l'épilepsie Bravais-Jacksonienne, myoclonies faciales rythmiques, mouvements spasmodiques rythmés post-encéphaliques, tremblement parkinsonien des lèvres, spasme intentionnel péri-buccal wilsonien, mouvements choréiques et athétosiques de la face, spasme facial médian) et indiquent les méthodes qu'il convient d'utiliser pour la thérapeutique de ces divers mouvements involontaires.

R. C.

BIOLOGIE

Cytologie du liquide céphalo-rachidien normal chez l'homme, par H. JESSEN. 1 vol. in-8°, 168 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris 1936.

Cet ouvrage, dédié à la mémoire de Paul Ravaut, qui fut le vrai père de la cytologie du liquide céphalo-rachidien, est une monographie sur la cytologie du liquide céphalo-rachidien, consacrée exclusivement à la cytologie humaine et normale. Monographie critique, elle a pour but une révision complète de la question de la numération et de la morphologie cellulaires du liquide céphalo-rachidien. A l'origine, ce travail a été pensé comme une révision du côté purement numérique de la question, un essai pour trouver une expression mathématique de l'exactitude de la numération, afin de déterminer, selon une méthode suffisamment exacte, la valeur du seuil numérique contesté. Mais cette étude conduisait inévitablement au côté morphologique du problème et il apparaissait que la question de la morphologie cellulaire se trouvait aussi en pleine confusion et qu'une révision s'imposait également dans ce domaine, surtout à l'égard de la méthode.

Pour cette rédaction méthodologique, l'auteur ne s'en est pas tenu à une critique, il a revu la plus grande partie des nombreuses méthodes employées au cours du temps et s'est attaché à fixer leur importance respective afin de pouvoir, à l'aide de modifications personnelles, les rendre pratiques pour un emploi systématique et établir ainsi une base pour les recherches ultérieures.

Le liquide céphalo-rachidien est principalement une sécrétion des plexus choroïdes, qui descend des ventricules du cerveau, dans la grande citerne, circule de là autour du cerveau, en redescend pour continuer à descendre dans le canal rachidien. Dans les ventricules cérébraux, il contient très peu de cellules ; mais au cours de son déplacement, il s'y mêle en général un nombre plus ou moins grand de cellules. D'où les variations auxquelles est soumis le nombre de cellules, soit *in loco*, soit à différentes hauteurs et différents moments. En ce qui concerne l'origine, probablement histiogène, des cellules, nous n'avons que des suppositions. Des éléments hématogènes sûrs (granulocytes) n'apparaissent en tout cas pas dans des conditions normales. Nous ne savons rien de la nature de ces cellules. La plupart ressemblent à des lymphocytes et sont donc probablement lymphocytaires. Les autres peuvent être de nature épithéliale ou histiocytaire. Leur point commun est leur variabilité structurelle et leur tendance à la dégénérescence.

Une pléocytose peut être physiologique ou réactive, ou passagère, et ne peut être considérée comme pathologique, et en rapport avec une affection

du système nerveux central, qu'après examen général du malade et des autres réactions du liquide céphalo-rachidien. Ici comme ailleurs, le diagnostic ne peut se baser uniquement sur des recherches de laboratoire. Celles-ci ne peuvent donner à la clinique que quelques directives, et il ne faut accorder aux moyennes qu'une valeur de pure orientation.

R. C.

ASSISTANCE

Que fait-on en Suisse pour les malades nerveux et mentaux ? par le Dr H. BERSOT, de Landeron ; Préface du Prof. Dr LADAME, de Genève, 170 pages, édition Hans Huber, Berne, 1936.

Cet ouvrage, d'une présentation remarquable, richement illustré, fut offert aux membres du 40^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, par suite d'une heureuse initiative des organisateurs locaux du Congrès. Il représente le 9^e volume d'une collection publiée par le Cartel des employés d'asiles suisses : « Contribution à l'étude des problèmes hospitaliers. » En s'adressant pour sa rédaction au Dr Bersot, dont la compétence comme statisticien psychiatrique est hautement appréciée par tous ses collègues suisses et français, les infirmiers suisses ne pouvaient faire un meilleur choix. Ils ont été récompensés par un livre dont la documentation est complète et dont la lecture est agréable grâce à un texte captivant, même quand il est question de chiffres, d'effectifs, de statuts. L'auteur l'a écrit pour les collaborateurs du médecin dans l'œuvre d'assistance psychiatrique ; on sent, à la lecture, l'atmosphère d'étroite solidarité, d'estime mutuelle, qui règne entre le personnel et les médecins des asiles suisses. Mais le livre s'adresse aussi au grand public ; il veut lui donner une idée de l'effort merveilleux accompli par la Suisse dans le domaine de l'Assistance aux malades mentaux, et il espère contribuer ainsi à dissiper davantage les préjugés qui pèsent encore sur les asiles.

Le premier chapitre traite des établissements psychiatriques : asiles publics, établissements privés, asiles d'épileptiques, modes de construction, répartition dans le pays, installations intérieures. Le deuxième est consacré aux statistiques : effectifs des malades, entrées, sorties, etc. Dans le troisième chapitre sont exposées les méthodes de thérapeutique. Le quatrième chapitre est consacré aux questions touchant le personnel : médecins, infirmiers, formation professionnelle, associations professionnelles, etc. Le cinquième et dernier chapitre enfin, étudie l'Assistance extrahospitalière et la prophylaxie : Sociétés de patronage, placement familial, polycliniques, services médicopédagogiques, œuvres en faveur des anormaux et des alcooliques, Comité suisse d'Hygiène mentale.

La lecture de ces documents ne peut que remplir d'admiration devant les résultats obtenus, que ce soit dans le domaine des constructions asilaires, du confort intérieur et de l'adaptation technique des établissements psychiatriques suisses, ou dans celui de leur dotation avec un personnel soignant qui se signale par sa compétence professionnelle autant que par la conception élevée de ses devoirs, ou dans celui des œuvres d'hygiène mentale. A cette œuvre, tous les cantons ont contribué ; la décentralisation n'a eu pour effet qu'une rivalité des plus fécondes, mais il y a lieu d'insister sur le rôle de premier plan, joué dans la coordination des efforts, par l'association scientifique de nos collègues suisses, la Société suisse de Psychiatrie.

Ceux qui avec le Congrès de Bâle-Zurich-Berne-Neuchâtel ont été accueillis dans les asiles et maisons de santé suisses, et ont pu se rendre compte des belles réalisations obtenues par nos voisins, de la tenue admirable de leurs établissements, se feront un plaisir de rouvrir de temps en temps le livre du Dr Bersot ; il évoquera pour eux d'agréables souvenirs, mais il pourra leur apporter aussi de nombreuses et d'utiles suggestions.

E. BAUER.

MÉDECINE LÉGALE

Inhibition psychique avec conséquences médico-légales, par le Dr O. ROTHENHÖFER (1 brochure in-8°, 37 pages. Edit. Argentoratum. Thèse Strasbourg, 1935).

Les conflits des psychopathes (aliénés ou dégénérés) avec la loi peuvent être provoqués par des symptômes actifs (excitation motrice hallucinatoire, états maniaques, mythomanie) ou bien par des symptômes de déficit (démence congénitale ou acquise, amoralité, instabilité). Ces derniers symptômes sont ordinairement chroniques. L'auteur publie dans sa thèse 4 cas chez lesquels des symptômes d'afonction passagère ont amené le conflit. Cette afonction passagère était due à des symptômes d'inhibition psychique. Trois des malades présentés se trouvaient, au moment de leur délit, dans une phase dépressive de la cyclothymie, le quatrième se trouvait dans la phase initiale d'une paraphrénie, caractérisée à cette époque également par des symptômes d'inhibition.

Charles BUHECKER.

La Loi de stérilisation et le dépistage des états d'indigence intellectuelle chez les enfants à l'aide des tests de développement de Bühler-Hetzer (Erbgesundheitsgesetz und Ermittlung kindlicher Schwachsinnszustände mit den Entwicklungstests von Bühler-Hetzer), par E. VOWINCKEL (de Kiel). Fasc. de 54 pages, supplément de l'*Archiv für Kinderheilkunde*, chez F. Enke édit., Stuttgart 1936.

La loi de stérilisation est applicable aux arriérés congénitaux. L'intervention peut être demandée par le tuteur à partir de l'âge de 10 ans, par le médecin après l'âge de 13 ans. L'expertise psychiatrique doit permettre d'éviter la confusion d'une oligophrénie congénitale vraie avec des troubles du développement, dus à une maladie acquise du premier âge, avec des déficiences résultant d'un état névrotique, enfin avec l'enfant sain, peu doué. L'auteur montre le profit qu'on peut tirer dans l'examen des enfants, des tests de Bühler-Hetzer, tests qualitatifs qui permettent une analyse très étendue des fonctions psychiques : facultés de réception, maîtrise du corps, aptitudes sociales, fonctions d'acquisition, utilisation de matériel, production psychique. Certains de ces tests peuvent être appliqués à un âge très précoce (6 mois, 11 mois, etc.). Après un bref exposé de la technique et des conditions d'exécution des tests, l'auteur décrit les résultats chez un certain nombre d'enfants normaux et arriérés. Les résultats ne sont pas les mêmes dans les états de déficience congénitale et acquise ; la répétition des tests à des âges différents contribue également à établir la distinction entre l'arriération congénitale et l'arriération par suite d'une cause exogène.

E. BAUER.

JOURNAUX ET REVUES

ANATOMIE

Quelques anomalies de structure présentées par les cerveaux de trente-et-un arriérés (Some of the Structural Abnormalities presented by the Brains of Thirty-one Certified Mental Defectives), par R. J. A. BERRY. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XVI, n° 61, pp. 54-69, juillet 1935.

Deux particularités ont frappé l'auteur : l'encéphale des arriérés est inférieur dans ses mensurations — de 20 % au moins — par rapport à celui des individus normaux et les proportions entre les zones pré- et post-rolandiques sont altérées, le déficit portant principalement sur la région pariétale. D'autres zones atrophiques, siégeant par exemple au niveau du cuneus et de la temporale supérieure, indiquent assez l'insuffisance des centres de coordination, de réception et d'association, données qui fournissent un substratum neurologique prévu à la déficience mentale.

P. CARRETTE.

Un cas de calcification progressive du cerveau. Localisation élective sur les plus petits vaisseaux sanguins cérébraux (A Case of Extensive Calcification in the Brain. Selective Calcification of the Finer Cerebral Blood Vessels), par Jacob KASANIN, Rawser P. CRANK, Dorothy E. NOBLE et Annette C. RIVARD. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIV, n° 1, pp. 164-178, juillet 1935.

Le tableau clinique présente les caractères suivants : affaiblissement psychique progressif chez un homme de 32 ans, convulsions, dystonie et syndrome extrapyramidal. Les encéphalogrammes montrent une calcification étendue du cerveau avec de nombreuses travées enchevêtrées dans la région des ganglions de la base, diagnostic vérifié à l'autopsie. Les concrétions calcaires s'accumulent dans les zones centrales et envahissent les petits vaisseaux. Toutefois il n'est pas démontré que ces anomalies coïncident avec des troubles du métabolisme calcique, malgré le taux élevé constaté dans le liquide céphalo-rachidien. Il est intéressant de noter la fréquence des manifestations convulsives dans les cas de calcification cérébrale.

P. CARRETTE.

Gliose des lobes occipitaux dans les chorées (Gliosis of the Occipital Lobes in the Choreas), par Charles DAVISON. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCII, n° 2, pp. 361-369, septembre 1935.

L'auteur examine les lésions cérébrales de 15 cas de chorée, forme de Huntington ou artério-scléreuse. Dans 8 observations, aux lésions du néostriatum s'ajoute une gliose dense de la substance blanche des lobes occipitaux sans que ces lésions paraissent liées à un déficit de la vision ou à des hallucinations visuelles.

P. CARRETTE.

Le subthalamus et les formations subthalamo-mésencéphaliques, par G. ROUSSY et M. MOSINGER. *Revue neurologique*, T. LXIV, n° 5, pp. 637-661, novembre 1935.

La région visée par MM. Roussy et Mosinger comprend le noyau réticulaire interne du subthalamus, le noyau de la zona incerta, deux autres noyaux des champs gris voisins, une formation réticulaire externe et le corps de Luys. Tous ces noyaux sont reliés par de nombreuses fibres d'association. Peu de fibres afférentes sont d'origine corticale. L'influence du striatum et du pallidum est au contraire prépondérante. Le subthalamus est encore relié au noyau réticulaire du thalamus, aux centres sensitivo-sensoriels : olfactifs, optiques, sensitifs généraux. Enfin, des connexions intercentrales existent avec l'hypothalamus végétatif, ce qui expliquerait l'association des réactions végétativo-motrices.

P. CARRETTE.

Le problème anatomique du nystagmus du voile du palais, par P. HILLEMANN, J.-A. CHAVANY et O. TRELLES. *Revue Neurologique*. T. LXIV, n° 1, pp. 1-17, juillet 1935.

Jusqu'aux travaux de Charles Foix le nystagmus du voile du palais n'était qu'une constatation clinique. Cet auteur a établi la réalité de la participation du faisceau central de la calotte et observé la lésion olivaire. Des travaux ultérieurs ont démontré qu'il fallait ajouter l'atteinte possible du noyau dentelé du cervelet et précisé la lésion constante de l'olive bulbaire.

P. CARRETTE.

Névrite hypertrophique et progressive, par I.-J. TARASSIÉWITCH et W. MICHÉJEV. *Revue Neurologique*. T. LXIV, n° 1, pp. 18-40, juillet 1935.

Les deux cas présentés par les auteurs ne peuvent être nosologiquement identifiés à la forme décrite par Déjerine et Sottas. Ils proposent de créer une classe de *névromégales périphériques progressives* englobant les diverses variétés cliniques et anatomiques. Leurs observations se rapprochent de celles des tumeurs de Thomsen, voisines de la neurofibromatose, caractérisées par l'association d'hypertrophie et de dysplasie, par des lésions relativement peu importantes des cylindraxes et un développement excessif des cellules conjonctives et des gaines de Schwann.

P. CARRETTE.

L'anatomie et l'importance clinique du nerf biradiculaire, par les Drs CORDIER, COULOUMA et VON VARSEVELD. Travail du Laboratoire d'anatomie de Lille. Directeur : Prof. Cordier. *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 9, septembre 1935.

Après un intéressant rappel de la question et des travaux qu'elle a suscités de la part de MM. Nageotte, Sicard et Cestan, Tinel, Hovelacque, les auteurs proposent le terme de nerf biradiculaire, terminologie nécessaire et logique en raison des nombreux arguments qui vont à l'encontre des définitions du « nerf radiculaire » ou du nerf de conjugaison.

Les résultats de recherches personnelles portant sur vingt-quatre cadavres

de nombreux schémas, des reproductions radiographiques, des notions historiques, bibliographiques et embryologiques, étayent les conclusions des auteurs. Elles portent sur la nécessité de la nouvelle définition, l'intérêt clinique de la situation du nerf hradiculaire et les raisons anatomiques de l'affinité lombaire du tabès et de certaines radiculites lombo-sacrées.

M. LECONTE.

BIOLOGIE

Les injections intra-veineuses d'alcool. Quelques effets psychologiques et psychopathologiques chez l'homme (Alcohol Injected Intravenously. Some Psychological and Psychopathological Effects in Man), par Henry W. NEWMAN. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCI, n° 6, pp. 1343-1352, mai 1935.

Dans la majorité des cas, l'administration d'alcool éthylique à 10 % en injection intraveineuse n'est pas identifiée par le sujet. Cette condition est capitale. Elle permet d'utiliser fréquemment un moyen d'investigation qui rend le malade plus accessible à la suggestion médicale. C'est un adjuvant appréciable de la psychothérapie. M. Newman observe chez les individus normaux une tendance à l'exaltation, à l'intensification de l'humeur avec excitation verbale, puis à la somnolence. Dans la plupart des psychoses, on note une exagération momentanée des symptômes, des réactions émotives. Chez les schizophrènes, l'autisme, le mutisme, le négativisme s'accroissent nettement.

P. CARRETTE.

Etude de la valeur des théories de Bancroft sur les maladies mentales (A Study of the Value of Bancroft's Views on Mental Disease), par Purcell G. SCHUBE. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCI, n° 6, pp. 1403-1408, mai 1935.

La tentative de Bancroft de différencier les troubles mentaux par l'étude de leur comportement vis-à-vis du rhodanate de sodium et de l'amytal sodique est renouvelé par M. Schube. Le contraste serait surtout net entre la démence précoce et la psychose maniaque-dépressive. Il s'expliquerait par une action antagoniste d'agglomération ou de dispersion des colloïdes du tissu nerveux. L'auteur n'a pu obtenir les résultats annoncés par Bancroft et dénie en particulier toute valeur thérapeutique au rhodanate de sodium utilisé aux doses indiquées.

P. CARRETTE.

Le taux du glutathion sanguin dans les maladies mentales (The Blood Glutathione Level in Mental Diseases), par Arthur T. BRUCE. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 6, pp. 1389-1401, mai 1935.

Le dosage du glutathion, dipeptide associé à un groupe sulphydril, s'effectue dans le sang traité par un oxalate, additionné à un tungstomolybdate, acidifié et après diverses réactions neutralisantes, apprécié par la méthode colorimétrique. Des écarts sensibles avec les résultats des sujets normaux sont notés dans les psychoses. Le maximum est réalisé par la démence précoce catatonique. La psychose maniaque-dépressive, l'épilepsie, la paralysie

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 94^e ANNÉE, T. II. — Décembre 1936. 59.

générale donnent aussi des résultats intéressants et les investigations demanderaient à être multipliées. D'autre part, des variations cycliques dans les 24 heures ou à l'occasion d'exercices physiques permettent de donner tout leur sens aux modifications du taux du glutathion. M. Brice y trouve la possibilité de nouvelles recherches sur la physiopathologie des psychoses basées sur la corrélation des perturbations enregistrées avec celles de l'activité hépatique, et surtout avec les troubles de la saturation des acides gras et de l'utilisation de l'hydrogène par les tissus.

P. CARRETTE.

Aspects neuropsychiatriques du calcium considéré du point de vue des troubles divers de la personnalité (Neuropsychiatric Aspects of Calcium as Viewed from the Different Levels of the Personality), par Joseph J. MICHAELS. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIV, n° 2, pp. 362-389, août 1935.

Le rôle joué par le calcium dans l'activité neuro-musculaire a été défini à l'occasion des recherches sur la tétanie parathyroïdienne et les états d'hyperparathyroïdie. L'analogie entre les variations calcémiques et celles qui sont imprimées au potassium par les modifications neuro-végétatives n'est pas démontrée. D'autre part, si l'effet hypnotique du calcium est établi expérimentalement chez l'animal par injection dans la région hypothalamique, la question de la régulation électrolytique par les noyaux sous-optiques reste en suspens. Ni l'épilepsie, ni la narcolepsie, ni la migraine ne paraissent avoir de rapports constants définis avec les variations du calcium. On sait que ces états pathologiques, comme les troubles émotionnels graves, les accidents schizophréniques et maniaco-dépressifs s'accompagnent d'une grande labilité du calcium sanguin. Pour utiliser pratiquement en pathologie mentale les modifications électrolytiques avec leurs répercussions physiologiques, des recherches précises doivent être poursuivies sur la corrélation des troubles observés (cutanés et circulatoires notamment) avec les manifestations expérimentales et thérapeutiques obtenues par l'emploi des sels métalliques.

P. CARRETTE.

Rapports des divers états de troubles émotionnels avec les variations de la glycémie (The Relationship between Various Emotional Disturbances and the Sugar Content of the Blood), par Edwin F. GILDEA, Virginia L. MAILHOUSE et Donald P. MORRIS. 90^e Meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, New-York, 28 mai-1^{er} juin 1934, in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCH, n° 1, pp. 115-130, juillet 1935.

Les auteurs recherchent le taux du sucre sanguin chez les sujets normaux à l'occasion d'émotions vives : accidents, préparation à une intervention chirurgicale grave, chagrins. L'hyperglycémie est la règle. Ils comparent leurs résultats avec ceux qu'ils obtiennent dans des circonstances analogues chez des malades mentaux. Dans la grande majorité des cas ils n'observent pas de modifications nettes du métabolisme. Il semble bien qu'il existe fréquemment au cours des psychoses un désaccord complet entre l'émotion provoquée et le choc affectif ressenti. Cette notion, trop souvent méconnue, ne doit jamais être perdue de vue dans l'analyse des troubles mentaux et les recherches biologiques constituent un élément d'appréciation très sûr à fixer avant d'établir une commune mesure entre les impressions ressenties par un sujet sain et par un psychopathe en présence des mêmes événements.

P. CARRETTE.

Les agglutinations de bacterium coli par le sérum des malades mentaux, spécialement des schizophrènes (The Agglutinations of Bacterium Coli by the Serum of Psychotics, especially of Shizophrenics), par A. BECK, W. OGDEN et M. WHELEN. *The Journal of Mental Science*, T. LXXXI, n° 334, pp. 524-527, juillet 1935.

Les agglutinations de colibacille ne sont pas plus fréquentes dans les cas de schizophrénie que chez les sujets normaux. Les réactions sérologiques anormales seraient deux fois moins fréquentes dans la schizophrénie que dans les autres psychoses. Les infections colibacillaires ne paraissent donc pas jouer un rôle important dans l'étiologie de la plupart des maladies mentales et de la schizophrénie en particulier.

P. CARRETTE.

Etudes expérimentales sur les relations de la schizophrénie et de la tuberculose (Experimental Studies on the Connection of Schizophrenia and Tuberculosis), par A. BECK, W. OGDEN et M. WHELEN. *The Journal of Mental Science*, T. LXXXI, n° 334, pp. 514-523, juillet 1935.

L'examen du liquide céphalo-rachidien pour la recherche de l'antigène tuberculeux a été négative chez les schizophrènes examinés. Le test de fixation du complément avec le sérum sanguin a été positif dans 8 % des cas, alors qu'il atteint 12 % pour les autres psychoses. L'hémoculture et l'inoculation donnent des résultats négatifs. Aussi les auteurs concluent qu'ils ne voient aucune relation étiologique entre la tuberculose et la schizophrénie.

P. CARRETTE.

Les graisses du sang dans la schizophrénie (The Blood Fats in Schizophrenia), par Arthur T. BRUCE. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXI, n° 6, pp. 613-632, juin 1935.

Les acides gras du sang et le cholestérol auraient habituellement un taux diminué dans la schizophrénie par rapport aux chiffres considérés comme normaux. Les fonctions de saturation et d'utilisation des acides gras sont étroitement associées aux phénomènes moteurs et l'abaissement du niveau dans le sang serait lié aux états d'apathie stuporeuse. L'hypocholestérinémie ne serait pas sans rapport avec les perturbations émotionnelles.

P. CARRETTE.

Variations de la chronaxie vestibulaire sous l'influence de certains produits pharmaceutiques chez les aliénés, par M. KACZYNSKI et C. SZCZYTT (Rocznik Psychiatryczny, 1936, fasc. XXVI-XXVII, pp. 43-66).

Les auteurs étudient la chronaxie chez les aliénés et constatent que : 1° L'adrénaline à la dose de un milligramme provoque des réactions sympathicotoniques, avec abaissement de la chronaxie. 2° L'atropine à la dose de cinq milligrammes, ainsi que 0,20 d'acécoline allongent la chronaxie vestibulaire. Les fortes doses d'atropine ont une action moins prononcée. L'atropine au taux paralysant pour le système parasympathique abaisse généralement la valeur de la chronaxie. 3° La strychnine abaisse la chro-

naxie vestibulaire. Son effet est proportionné à la dose. 4° L'anesthésie au chlorure d'éthyle allonge la valeur de la chronaxie. 5° L'eau distillée, introduite par la voie intra-veineuse, produit certaines oscillations de la chronaxie. 6° La tendance sympathico-vago- ou amphotonique n'a pas d'influence marquée sur la chronaxie. 7° L'influence des produits pharmaceutiques expérimentés paraît être l'inverse de l'influence de ces produits sur la chronaxie sensitive cutanée et optique. Elle se rapproche des oscillations paradoxales de la chronaxie sensitive cutanée après l'extirpation opératoire des ganglions du cou.

FRIBOURG-BLANC.

ENDOCRINOLOGIE

Nos connaissances actuelles concernant l'épiphyse, par M. SCHÄCHTER. *Bulletins et Mémoires de la section d'endocrinologie de la Société Roumaine de Neurologie, Psychiatrie et Endocrinologie*, décembre 1935.

Après un historique relatant les diverses fonctions successivement attribuées à l'épiphyse, l'auteur rappelle l'origine embryologique de la pinéale, sa morphologie, ses rapports anatomiques. Il étudie son histologie (cellules, cavités kystiques, concrétions calcaires dont il discute la signification, fibres nerveuses) pour insister surtout sur la physio-pathologie. Il existe un rapport certain entre épiphyse et glandes sexuelles ; l'ablation, l'administration d'extraits, les greffes, prouvent qu'elle a une influence inhibitrice sur le développement des organes sexuels. Chez les animaux châtrés existent des modifications de l'organe. Enfin les tumeurs épiphysaires peuvent s'accompagner de macrogénitosomie précoce, dont l'origine épiphysaire est d'ailleurs discutable. Accessoirement, la glande pinéale joue un rôle dans la régulation du liquide céphalo-rachidien, et peut-être dans le métabolisme de l'eau, des hydrates de carbone, le métabolisme général.

M. LEÇONTE.

Sur un cas de gigantisme. Considérations sur les relations entre le gigantisme et l'acromégalie, par M. MARINESCO, N. JONESCO-SISESTI et G. ALEXIANO-BUTTU. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 19 Mai 1936.

Les auteurs présentent un cas de gigantisme, avec quelques petits signes d'acromégalie, insuffisance des caractères sexuels secondaires, troubles du métabolisme (graisse, sucre), déficit mental. A ce propos, les auteurs rappellent que la pathogénie du gigantisme et ses rapports avec l'acromégalie ne sont pas encore complètement élucidés. Ils font remarquer que le géant est un longiligne de grande taille ; les troubles de la sécrétion hypophysaire agissant sur un terrain constitutionnel longiligne ou bréviligne aboutiraient dans le premier cas au gigantisme, dans le deuxième à l'acromégalie.

Les auteurs étudient encore les rapports certains entre glandes endocrines et constitution bréviligne ou longiligne. Ils soulèvent en dernier lieu l'hypothèse d'un tropisme cellulaire pour la sécrétion hypophysaire variable avec les individus ; ce tropisme des cartilages de conjugaison ou du périoste créant la constitution bréviligne ou longiligne pourrait, par suite, être facteur de gigantisme ou d'acromégalie.

Maurice LEÇONTE.

Cachexie hypophysaire, maladie de Simmonds, avec atrophie du lobe antérieur de la glande pituitaire (Hypophyseal Cachexia [Simmonds' Disease] with Atrophy of the Anterior Lobe of the Pituitary Gland), par Lewis GUNTHER et Cyril B. COURVILLE. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXII, n° 1, pp. 40-56, juillet 1935.

L'historique et les examens post-mortem du cas de MM. Gunther et Courville apportent une nouvelle contribution à la question de la cachexie hypophysaire. Il s'agit bien d'atrophie du lobe antérieur, le lobe nerveux restant préservé, mais d'autres lésions de voisinage ou d'autres altérations endocriniennes s'associent sans doute pour provoquer le syndrome qui mène à la cachexie. L'atrophie touche notamment la thyroïde, les gonades et les surrénales. On observe également la perte d'activité d'éléments éosinophiles.

P. CARRETTE.

Remarques sur le rôle de l'hypophyse en psychiatrie infantile, par H. BRANTMAY (de Genève). *Journal de Psychiatrie infantile*, 1, 2 et 3, 1934, chez B. Schwabe édit., Bâle.

L'hypoplasie hypophysaire, constatée grâce à l'examen radiographique de la selle turque, produit chez l'enfant des syndromes psychopathiques caractéristiques, qui semblent s'expliquer par la déficience d'une ou de plusieurs hormones de la glande. L'auteur distingue trois variétés : apathique, asthénique et agitée. La variété apathique est combinée avec un syndrome adiposogénital, ce qui plaide en faveur de la pathogénie glandulaire de ce syndrome. Dans l'hyperplasie hypophysaire, on observe un développement sexuel prononcé et des symptômes acromégaliens sans exagération de la croissance staturale. Dans quelques-uns des exemples rapportés, la dysfonction de l'hypophyse semble avoir été confirmée par l'examen interférométrique du sang d'après la méthode de Hirsch. Le traitement opothérapique a donné quelques résultats encourageants, sans qu'on puisse baser des conclusions fermes sur eux. Ce qui est certain, c'est la répercussion importante de la fonction hypophysaire sur le psychisme de l'enfant, par voie endocrinienne et sans doute aussi par action directe, neurocrine.

E. BAUER.

Les rapports du système hypothalamico-hypophysaire avec le diabète insipide (Relation of Hypothalamico-Hypophyseal System to Diabetes Insipidus), par C. FISHER, W. R. INGRAM et S. W. RANSON. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIV, n° 1, pp. 124-163, juillet 1935.

Les recherches expérimentales des auteurs ont porté sur les noyaux de la région hypothalamique, le tuber et les différentes parties de l'hypophyse. Si la polyurie est obtenue tantôt par destruction des éléments nerveux, tantôt par lésion glandulaire, c'est sans doute que les deux parties forment physiologiquement un système. Le diabète insipide résulterait d'un trouble hormonal. Les expériences pratiquées empêcheraient la sécrétion d'un principe antidiurétique élaboré par le lobe postérieur et la substance intermédiaire de la glande pituitaire, par une atteinte du système sous-optico-hypophysaire au niveau de l'un des points essentiels, nucléaire, tubaire ou hypophysaire.

P. CARRETTE.

Lipodystrophie progressive (Syndrome de Barraquer-Simons), par L. BARRAQUER-FERRÉ. *La Presse médicale*, n° 86, pp. 1672-1674, 26 octobre 1935.

On désigne sous le nom de lipodystrophie de Barraquer-Simons une répartition anormale du tissu adipeux caractérisée par sa disparition à la face et au tronc et son accumulation au bassin et aux membres inférieurs. C'était une maladie connue dans l'antiquité. La statuaire en donne de nombreux exemples. Elle est surtout fréquente chez la femme et dans certains types de la race juive. Elle ne doit pas être confondue avec la maladie de Simonds, consécutive à des troubles graves de l'hypophyse antérieure, endocrinopathie cachectisante avec atrophie sexuelle. Le syndrome décrit par Barraquer en 1906 et Simons en 1911 ne serait pas sans rapports avec des altérations neuro-végétatives dont les centres avoisinent l'infundibulum et le 3^e ventricule, ce qui justifierait la roentgenthérapie, à laquelle l'auteur conseille d'ajouter les préparations préhypophysaires.

P. CARRETTE.

Recherche sur la nature de la sclérodermie. Les traductions tissulaires de l'hyperparathyroïdisme dans la sclérodermie. Ostéolyse. Surcharge calcique de la peau. Signification des chiffres indiquant la teneur en calcium du sérum et des urines, par R. LERICHE et A. JUNG. *La Presse Médicale*, n° 70, pp. 1361-1363, 31 août 1935.

Les troubles du métabolisme du calcium, les lésions vasculaires, les modifications conjonctives observés sont l'expression de l'hyperparathyroïdisme chronique. Il se manifeste comme une maladie du squelette ou comme une maladie de la peau. La sclérodermie apparaît à MM. Leriche et Jung comme une forme cutanée de ce trouble glandulaire.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

La natalité chez les arriérés congénitaux (Die Fruchtbarkeit bei erblich Schwachsinnigen), par C. BRUGGER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVII, 2, 1936.

Dans son enquête qui a porté sur les familles des arriérés élèves des écoles spéciales bâloises, l'auteur est arrivé aux mêmes conclusions que les auteurs ayant enquêté dans différentes régions d'Allemagne : la natalité est nettement plus élevée chez les arriérés que chez les normaux ; elle y est également plus élevée que dans toutes les autres catégories de psychopathies. La stérilisation eugénique doit donc particulièrement s'adresser aux arriérés congénitaux, mais l'auteur est adversaire de la stérilisation obligatoire ; il pense que le consentement de la grande majorité des intéressés sera obtenu grâce à une propagande éclairée et adroite à laquelle doivent collaborer notamment tous les médecins praticiens.

E. BAUER.

Le problème du dépistage et du traitement des enfants déficients des écoles primaires, par G. PAUL-BONCOUR. *Le Progrès médical*, n° 44, pp. 1745-1756, 2 novembre 1935.

Dans une école primaire, un certain nombre d'élèves dans chaque classe est inadapté à l'enseignement régulier. Les raisons en sont nombreuses : déficit mental, faiblesse physique, tares visuelles et auditives, etc. Le dépistage s'effectue en deux temps : par des tests collectifs, puis par un examen complet individuel. M. Paul-Boncour, qui dirige l'Institut Médico-Pédagogique de Vitry, expose les procédés employés et l'insuffisance des offices de recherches. Un dispensaire neuro-psychiatrique devrait fonctionner dans toutes les villes importantes et étendre son influence aux régions voisines, afin de permettre l'assistance intégrale de chaque partie du territoire. En effet, le dépistage implique des conséquences logiques : limitation du nombre des élèves par classe, obligation de créer des établissements pour l'instruction des arriérés, soit autonomes, soit annexés aux écoles. La loi prévoit une telle organisation par l'initiative des départements et des communes. Elle est malheureusement facultative. Son extension obligatoire serait un gros progrès pour notre système pédagogique. Elle permettrait de récupérer un nombre considérable d'inadaptés, car dans la situation actuelle 3.500 enfants sur plus de 60.000 arriérés sont l'objet de soins réguliers.

P. CARRETTE.

L'orientation intellectuelle et professionnelle de l'enfant à l'âge scolaire, par G. HEUYER (*La Prophylaxie Mentale*, 10^e année, n° 41, p. 37, avril-décembre 1935).

M. Heuyer insiste sur l'importance, pour l'enseignement primaire, du Comité d'orientation professionnelle (comprenant le médecin-inspecteur, l'instituteur, un psychotechnicien). Il estime regrettable l'absence d'une telle organisation dans les lycées. Des médecins-inspecteurs pourraient écarter dès l'entrée certains arriérés et seraient susceptibles d'apprécier par la suite le développement intellectuel de l'enfant.

J. DELMOND.

Les offices de réadaptation sociale et le reclassement par le travail en Belgique, par Marcel ALEXANDER. *L'Aliéniste français*, n° 6, pp. 293-297, juin 1935.

L'Office de Bruxelles, organe de Défense sociale dépendant de la Ligue d'Hygiène mentale, fonctionne depuis 1931 et aidait en 1934 près de 1.300 sujets : vagabonds, délinquants, convalescents de psychoses et enfants malheureux. C'est une organisation destinée à rendre les plus signalés services. Elle laisse aux individus une liberté surveillée discrètement, assure un travail régulier, s'oppose aux dépenses inconsidérées, favorise l'incorporation à un milieu choisi où le découragement et l'apathie sont évités. Collaborateurs de l'Office et du Dispensaire de la Ligue vivent en étroite collaboration, se réunissent souvent et tirent de leur expérience des renseignements utiles à l'organisation sociale, à l'orientation professionnelle et à la clinique psychiatrique.

P. CARRETTE.

La paralysie du système vasomoteur par les solvants volatils industriels (Benzol, éther de pétrole, acétate d'amyle, vernis cellulosique), par Lucien DAUTREBANDE. *La Presse Médicale*, n° 54, 1081-1085, 6 juillet 1935.

Les solvants volatils de plus en plus utilisés dans l'industrie peuvent exercer une paralysie sur la fibre musculaire lisse des vaisseaux et du cœur. Il y a là une série de faits qui demandent une réglementation hygiénique basée sur l'étude de l'intoxication et sur les moyens de la prévenir.

P. CARRETTE.

Résultats favorables de la castration thérapeutique dans les cas de réactions antisociales habituelles des pervers sexuels (The Ameliorative Effects of Therapeutic Castration in Habitual Sex Offenders), par A. W. HACKFIELD. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXII, n°s 1 et 2, pp. 15-29 et 169-181 juillet et août 1935.

M. Hackfield conclut que pour un certain nombre de sujets mâles soigneusement sélectionnés, la castration constitue la seule possibilité de réhabilitation sociale alors que les autres procédés thérapeutiques médicaux et psychologiques se sont montrés incapables d'empêcher les tendances délictueuses et criminelles. Sur 40 patients opérés l'auteur en présente 25 indemnes de psychoses caractérisées. Dans 22 cas le résultat fut obtenu sans séquelles physiques ou mentales. La castration a sans doute réduit cet état de tension sexuelle intense qui résulte de l'excitation glandulaire et trouble le contrôle de la volonté et du jugement. Chez les malades atteints de psychoses le résultat est plus aléatoire, les aberrations sexuelles s'inscrivant dans un ensemble de désordres plus complexes. Pour six femmes opérées à l'occasion d'excitation sexuelle ou de troubles émotionnels accompagnant les périodes menstruelles, aucun résultat appréciable n'a pu être obtenu.

P. CARRETTE.

La politique raciale allemande (The german racial policy), par C.-G. CAMPBELL. (*Eugenical News*, vol. XXI, n° 2, p. 25, mars-avril 1936).

L'auteur, Président honoraire de l'Association pour les recherches eugéniques, nous invite à ne pas négliger les efforts qui sont faits en Allemagne pour l'amélioration biologique des qualités raciales, avec une grande discipline qui n'exclue nullement le discernement scientifique et les garanties d'une scrupuleuse légalité. Il nous prie de mesurer la responsabilité que ferait encourir à notre génération, devant les générations futures, une opposition aveugle et systématique.

J. DELMOND.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des comas barbituriques, par Ch. FLANDIN. *La Presse Médicale*, n° 40, pp. 803-804, 18 mai 1935.

Les injections de strychnine dans le coma barbiturique peuvent être poussées jusqu'aux limites de tolérance : 2 à 5 centigr., répétées toutes les demi-heures. Les contractures et les convulsions mêmes seront combattues par des injections d'isonal.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude de l'encéphalite psychosique azotémique. Essai d'un traitement, par Mares et Tatiana CAHANE. *Nouvelle revue médicale roumaine* (Noua Revista Medicala), nos 1-2, mai 1935.

Pour illustrer les intéressantes recherches de MM. Toulouse, Marchand, Courtois et Schiff, les auteurs présentent des observations d'encéphalite psychosique azotémique qui confirment la réalité du syndrome clinique et biologique décrit. Ils indiquent la nécessité de poursuivre les travaux sur les troubles hépato-rénaux dont le mécanisme reste obscur et de les combattre en visant à la réduction de l'azotémie et au rétablissement de l'équilibre chloruré par des injections de sérum physiologique.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude et au traitement de l'encéphalite psychosique subaiguë, par P. TOMESCO et I. CONSTANTINESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, Tome I, année 1936.

Exposé de deux cas d'encéphalite psychosique subaiguë dont l'étiologie fut établie avec certitude et le traitement suivi de guérison.

Le premier cas, provoqué par la colibacillose, traduit par un syndrome d'excitation fut traité par du sérum anticoli, de Vincent, préparé à l'Institut Cantacuzène. Le second cas, apparu chez une malade atteinte de scarlatine, fut traité par l'administration intraveineuse de sang total polyvalent provenant de scarlatineux guéris et la guérison de la confusion mentale fut obtenue également.

M. LECONTE.

Traitement de la mélancolie et de la dépression mélancolique par l'hématoporphyrine (Tratamiento de la melancolía y de la depresión melancólica con la hematoporfirina), par CONRADO O. FERRER. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*, n° 7, pp. 27-34, mars 1935.

L'hématoporphyrine a une action évidente sur le déséquilibre humoral qui accompagne généralement la mélancolie. C'est aux formes dépressives simples qu'il faut surtout s'adresser. Le médicament obtenu est utilisé sous forme de solutions, soit pour injections hypodermiques à la dose de 1 mmgr. tous les 2 jours, soit pour ingestions à la dose de 30 gouttes quotidiennes de Photodyn.

P. CARRETTE.

L'hématoporphyrine comme agent thérapeutique dans les psychoses (La hematoporfirina como un agente terapéutico en las psicosis), par EDWARD A. STRECKER, HAROLD P. PALMER et FRANCIS G. BRACELAND. *La Semana Médica*, n° 2158, pp. 1534-1541, 23 mai 1935.

L'hématoporphyrine fait désormais partie de l'arsenal thérapeutique du neuro-psychiatre. Sous la forme de Photodyn il réalise, à l'état de chlorhydrate, un produit synthétique dont le pouvoir photo-sensibilisateur paraît supérieur à celui du produit naturel. L'action thérapeutique dans les états de dépression est évidente. Des succès sont signalés dans la mélancolie. Dans la schizophrénie, la stimulation a été limitée ; la réaction n'avait pas un caractère constructif.

P. CARRETTE.

Dépression mélancolique et hématorporphyrine (Depresion melancólica y hematorporfirina), par CONRADO O. FERRER et ESEQUIAS BRINGAS NUÑEZ. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva* ; n° 8, pp. 116-122, juin 1935.

Les auteurs signalent le succès du traitement par l'hématorporphyrine dans la mélancolie d'involution. Ils ont administré le photodyn en injections sous-cutanées aux doses répétées tous les deux jours de 2 mmgr. Dans la forme clinique envisagée, ils notent que la médication employée par la voie buccale est d'une efficacité douteuse.

P. CARRETTE.

Les principes d'une nouvelle thérapeutique des toxicomanies, par R. KRAI-NIK. *Le Monde médical*, n° 873, pp. 1000-1007, 15 novembre 1935.

Pour M. Krainik, la toxicomanie chronique s'accompagne d'un équilibre instable provoqué par l'intoxication exogène et des réactions anormales vis-à-vis des poisons internes. Sous l'influence d'une infection banale, les doses de toxiques pourraient être diminuées sans malaises graves. Le traitement initial consisterait donc dans la production d'une infection passagère par introduction dans l'organisme d'antigènes microbiens provenant de cultures de colibacilles, de staphylocoques par exemple. La réaction vaccinale permettrait de supprimer le stupéfiant dès le premier jour, tout en visant au rétablissement de l'équilibre endocrino-végétatif rompu par l'intoxication. La normalisation de l'état physique devra être ensuite poursuivie parallèlement à la psychothérapie.

P. CARRETTE.

Traitement d'états toxi-infectieux accompagnés de délire général avec excitation cérébrale par l'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol, par J. HAMEL. *Le Progrès Médical*, n° 35, pp. 1428-1432, 31 août 1935.

Les encéphalites psychosiques, états toxi-infectieux aigus, bénéficient généralement du traitement précoce et énergique par les dérivés de l'eurotropine ou les produits salicylés en injections intraveineuses. L'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol (Iogol) paraît réaliser pour M. Hamel le composé de choix à utiliser dans les manifestations nerveuses du type de la névraxité épidémique.

P. CARRETTE.

Le traitement du torticollis spasmodique et spécialement sa psychothérapie. Observation d'un cas (The Treatment of Spasmodic Torticollis with Special Reference to Psychotherapy, with a Report of a Case), par Joseph C. YASKIN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXI, n° 3, pp. 299-310, mars 1935.

Dans une faible minorité des cas, le torticollis spasmodique est strictement organique. Il dépend d'une lésion locale ou d'une encéphalite. Parfois, l'intervention chirurgicale s'impose. Les causes psychologiques sont capitales dans le plus grand nombre d'observations. M. Yaskin expose le mécanisme du trouble, les résultats de l'hyperémotivité, de l'aboulie, la nécessité d'une discipline, de la rééducation, de la gymnastique avec l'ap-point modéré de l'amytal sodique.

P. CARRETTE.

L'hémispasme facial périphérique et son traitement, par Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. *Le Monde médical*, n° 868, pp. 825-833, 1^{er}-15 août 1935.

L'hémispasme facial post-paralytique ou autonome est une affection sans gravité, mais désagréable et inesthétique, qui peut être soignée efficacement par l'alcoolisation faible. L'injection d'alcool à 70° établit la parésie par tronçons et supprime le spasme pendant un laps de temps qui dure de 6 mois à 1 an.

P. CARRETTE.

Traitement par l'atropine à hautes doses des séquelles de l'encéphalite épidémique chronique (Atropinbehandlung mit hohen Dosen bei Folgezuständen nach Enzephalitis epidemica chronica), par Vagn ASKGAARD. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, X, 3, 1935, Copenhague.

Les résultats obtenus par l'auteur, dans 12 cas de parkinsonisme encéphalitique grave ou très grave, confirment la valeur du traitement atropinique. L'action a été très favorable sur la rigidité, le tremblement, les crises oculaires, la salivation, la bradyphrénie, l'état subjectif ; le traitement a été sans influence sur les troubles du caractère, les réactions agressives, les manifestations hallucinatoires et délirantes. Les signes d'intoxication ont été minimes. La dose optima a varié entre 6 et 20 milligrammes par jour.

E. BAUER.

L'atropine à doses progressives et fortes dans le traitement des troubles post-encéphalitiques, par G. MARINESCO et E. FAGAN (Présentation faite par M. Souques). *Bulletin de l'Académie de Médecine* (séance du 24 mars 1936).

Les auteurs reviennent sur ce mode de traitement préconisé par Roemer, déjà étudié par eux dans des communications antérieures et appliqué depuis à 200 malades. *Pratiquement, on emploie le sulfate d'atropine* (solution à 0,50 % une goutte = 1/4 de mmgr. d'atropine). On commence par 3 fois une goutte par jour, en augmentant de une à deux gouttes par jour. On a pu ainsi atteindre 3 fois 20 mmgr. La sécheresse de la gorge n'est pas une contre-indication, car elle cède ensuite. On cesse l'augmentation quand l'amélioration ne progresse plus, puis on diminue de 2 gouttes par jour jusqu'à la dose optima (un peu au-dessus du premier signe de rechute). Souvent, cette dose optima baisse après quelque temps. En moyenne, 40 à 60 gouttes par jour suffisent comme dose d'entretien, à continuer indéfiniment, car l'atropine ne s'accumule pas dans l'organisme.

L'action de l'atropine semble surtout favorable, chez les *malades jeunes*, les cas *récents*, n'ayant pas reçu de traitement antérieur. Elle agit surtout sur la *rigidité*, un peu moins bien et plus tardivement sur les tremblements. L'action est favorable aussi sur les *crises oculogyres*, bien que moins constante. Elle est remarquable sur le *spasme de torsion*, incontestablement plus que les méthodes usuelles. L'action de l'*atropa-belladonna*, récemment prônée par des auteurs italiens, n'est pas supérieure à celle de l'atropine, et présente des inconvénients sérieux.

Les auteurs rapportent ensuite l'observation de 5 cas favorables ; les *accidents* qu'on peut observer sont rares. Sur le cœur, on peut observer une accélération passagère (2 à 3 h.) des battements. Les grosses lésions cardiovasculaires sont une contre-indication ; sur la tension artérielle, l'action est

favorable en cas d'hypertension ; sur le tube digestif, on a pu observer de l'anorexie (curable par l'insuline), de la diarrhée (par diminution de la sécrétion gastrique) ; Roemer a signalé la possibilité de troubles psychiques (dépression, idées de persécution), rares, passagers, et moindres en tous cas que ceux observés par l'atropa-belladonna. Le mécanisme de l'atropine semble dû à l'action sur le vague, la plupart des parkinsoniens étant vagotoniques, avant le traitement, amphotoniques à prédominance sympathique ensuite. L'atropine ramène aussi à la normale la chronaxie musculaire, troublée chez le parkinsonien.

En conclusion, les auteurs confirment l'action favorable et l'inocuité de l'atropine dans les troubles post-encéphalitiques.

M. LECONTE.

La cure à base d'atropine et de belladone du parkinsonisme post-encéphalitique, par C. MODONESI. *Note et Rivista di Psichiatria* (Mars 1936).

L'auteur a utilisé deux méthodes. Tout d'abord, celle de Roemer, en administrant du sulfate d'atropine à hautes doses ; ensuite une décoction de racines de belladone, cultivée en Italie.

Chacune de ces deux thérapeutiques lui a donné d'excellents résultats ; leurs effets furent à peu près identiques, aucune ne se montrant supérieure à l'autre.

Paul ABÉLY.

Hallucinations dans un cas de syndrome parkinsonien encéphalitique après administration de scopolamine, par P. TEITELBAUMS. *Revue tchèque de Neurologie et de Psychiatrie*, T. XXXII, n° 6, pp. 137-143, juin 1935.

La sensibilité à la scopolamine est exaspérée chez certains sujets. L'auteur rapporte le cas d'un ancien encéphalitique, parkinsonien âgé de 60 ans, présentant à la suite du traitement un syndrome hallucinatoire très riche avec troubles visuels, auditifs, olfactifs et cœnesthésiques.

P. CARRETTE.

Traitement de l'encéphalite épidémique par le manganèse, par V. J. DEIANOW (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, n° 2, 1935, pp. 34-43).

L'auteur souligne l'heureux effet thérapeutique du manganèse dans l'encéphalite épidémique. Les méthodes de métallothérapie par le manganèse demandent une mise au point plus précise, basée sur des recherches nouvelles. Le manganèse doit être employé à des doses restreintes, strictement calculées, en rapport avec la tolérance individuelle.

FRIBOURG-BLANC.

VARIETES

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 14 janvier 1937*, à 9 h. 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 JANVIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 janvier 1937*, 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 FÉVRIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 février 1937*, à 9 h. 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 février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 février 1937*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Légion d'Honneur

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'honneur* :

M. le D^r Henri CODET, ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, *membre titulaire de la Société Médico-psychologique* ;

M. le D^r G. HALBERSTADT, Médecin-Directeur de l'Asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), *membre titulaire de la Société Médico-psychologique* ;

M. le D^r J. ROBERT, Médecin-Directeur de l'Asile d'Auch (Gers), *membre titulaire de la Société Médico-psychologique*.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nomination

M. le D^r BESSIÈRE est nommé Médecin-Chef à l'Asile public départemental d'aliénés de Clermont (Oise).

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

- le poste de Médecin-Directeur de l'Asile public départemental d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;
- le poste de Médecin-Directeur de l'Asile public départemental d'aliénés de Dijon (Côte d'Or) ;
- le poste de Médecin-Directeur de l'Asile public départemental d'aliénés d'Auch (Gers) ;
- le poste de Médecin-Directeur de l'Asile public départemental d'aliénés de Quimper (Finistère) ;
- le poste de Médecin-Directeur de l'Asile public autonome d'aliénés d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ;
- le poste de Médecin-Directeur de l'Asile public départemental d'aliénés d'Evreux (Eure).

HOPITAL HENRI-ROUSSELLE**Nomination**

A la suite d'un Concours sur titres, M. le D^r GENIL-PERRIN vient d'être désigné par la Commission pour remplir les fonctions de Médecin-Directeur de l'Hôpital Henri-Rousselle.

ECOLE DE PRÉSERVATION**Nomination**

Mme le D^r Yvonne ANDRÉ, Médecin des Asiles publics d'aliénés est nommée Sous-Directrice de l'Ecole de Préservation de Clermont (Oise).

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE**Nomination**

M. le D^r HAMON est nommé professeur agrégé de neuro-psychiatrie de l'Ecole d'Application du Service de Santé Militaire (Val-de-Grâce).

HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE BLIDA**Poste vacant**

Un concours sur épreuves aura lieu à Alger, le 5 avril 1937, pour la nomination d'un *chirurgien-adjoint* à l'hôpital psychiatrique de Blida. La liste d'inscription des candidats sera close le 11 février 1937, à 17 heures.

MAISONS DE SANTÉ PSYCHIATRIQUES

Une longue carrière

A la *Maison de Santé privée d'Ivry-sur-Seine (Seine)*, dirigée par le D^r Ach. DELMAS, vient de mourir Mme veuve GRIGNARD, *surveillante* du Pavillon des psychoses aiguës, qui était en fonctions dans cet établissement **depuis cinquante-cinq années consécutives**. Elle avait reçu la *Médaille d'honneur* du Ministère du Travail et un *prix Monthyon* de l'Académie Française.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés en 1936 par l'Académie de médecine

PRIX APOSTOLI. — 1.000 francs

Deux mémoires ont été présentés.

Le prix est attribué à MM. HALPHEN et AUCLAIR (de Paris), pour leur ouvrage intitulé : *Ondes courtes et électropyrexie*.

PRIX BAILLARGER. — 2.500 francs

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à la *Thérapeutique des maladies mentales*, dont l'auteur est M. DAUMÉZON (de Paris).

PRIX CHARLES BOULLARD. — 2.000 francs

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le D^r COVACIU-ULMEANU (de Paris), pour son travail intitulé : *Effort volontaire et chronaxie*.

PRIX DE LA FONDATION DAY. — Deux titres de rente de 3.000 francs

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde sur les arrérages du prix et à titre d'encouragement une somme de 6.000 francs à la *Ligue nationale contre l'alcoolisme*, dont le siège social est à Paris.

PRIX DESPORTES. — 1.500 francs

Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie partage le prix entre M. le D^r COHEN (de Paris), pour sa *Contribution à l'étude de l'accoutumance expérimentale à la morphine* (1.000 francs), et M. DUMESNIL (de Paris), pour sa *Contribution à l'étude du bromure d'éthyle* (500 francs).

PRIX ERNEST GAUCHER. — 1.800 francs

Un seul mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à cet ouvrage intitulé : *La méningite hérédosyphilitique subaiguë de l'enfant*, dont l'auteur est Mme le Docteur Amy BERNARD-PICHON (de Paris).

PRIX GUILLAUMET. — 1.500 francs

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à Mme le D^r LIÈVRE (de Paris), pour son ouvrage sur l'*Étiologie de l'incontinence nocturne d'urine*.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs

Un seul mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à cet ouvrage : *Des réflexes conditionnels*, qui a pour auteurs MM. MARINESCO et KREINDLER, de la Faculté de Médecine de Bucarest.

PRIX LEVEAU. — 2.000 francs

Un seul mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à ce mémoire, qui a pour titre : *Les migraines*, et pour auteurs MM. VALLÉRY-RADOT et HAMBURGER (de Paris).

PRIX MAGNAN. — 3.500 francs

Un seul mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à ce mémoire qui a pour titre : *Des voies d'entrée du tréponème dans l'organisme et de leur influence sur la virulence de la syphilis et spécialement de la syphilis nerveuse* ; pour devise : *Pourquoi ?* et pour auteur, M. le D^r Jean DUBLINEAU (d'Armentières).

PRIX A.-J. MARTIN. — 1.000 francs

Un seul mémoire répondant à la question : *Étude de la prophylaxie des maladies vénériennes dans les différents pays ; État actuel de la question*, a été présenté. L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le D^r CHAMPSAUR (de Paris).

PRIX POURAT. — 1.500 francs

Un seul mémoire répondant à la question : *L'excitabilité réflexe*, a été présenté. L'Académie lui décerne le prix. Il a pour devise : *Concordia parvæ resciscunt*, et pour auteur M. le D^r SCHRIEVER (de Paris).



Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 53.611

SOMMAIRE DU N° 1 (tome II), JUIN 1936

MÉMOIRES ORIGINAUX

- J. BEEBENS. — Tuberculose et démence précoce. Recherche du virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien et le sang de déments précoces atteints de tuberculose 1
- L. BOURBAT et R. COCHE. — Les douleurs obsédantes en gynécologie 23
- P. OSTANOW. — Le « signe du capuchon » dans la démence précoce 36
- J. MIGNARDOT, F. RAMÉE et P. AUBRY. — Impulsions au suicide répétées, conscientes et mnésiques, chez un grand épileptique 44

(Suite du sommaire, page II).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : D^r Paul CARRETTE

Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition



Psycho-
névroses
Intoxica-
tions
Convales-
cences

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.

Annales Médico-Psychologiques.

A.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 11 juin 1936

- A.-P.-L. BELEY et Ch.-H. NODET. — Sept cas de paralysie générale avec confusion et excitation prolongées 55
- BRISSOT et DELSUC. — Un cas de buphtalmie associé à l'idiotie 62
- P. COURBON et Ch. FEUILLET. — Une amoureuse de prêtres par érotisme d'involution présénile chez une paraplégique ... 65
- L. MARCHAND et H. BEAUDOUIN. — Paralysie générale sénile et démence organique (ramollissements cérébraux par athérome et ramollissements bulbaires par endartérite spécifique) 73
- X. ABÉLY, P. ABÉLY et P. GUYOT. — Recherches sur l'angle d'impédance dans les

maladies mentales. (Présentation d'appareils) 77

Séance du lundi 22 juin 1936

- Adoption du procès-verbal 86
- Correspondance 86
- Election d'un membre correspondant national 87
- Election d'un membre associé étranger 87
- H. BERSOT. — Les aliénés en Europe.. 88
- A. DONNADIEU. — Troubles mentaux par hypertension intracrânienne due à une compression haute de la moelle 96
- J. DUBLINEAU et DORÉMIEUX. — Le traitement par l'acétylcholine de certains troubles du caractère de l'enfance à type

(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 D^r 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 :

D^r FILLASSIER O. * ✻ D^r DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

d'impulsivité	99	sen)	102
L. BABONNEIX, M. BRISSET, MISSET et DELSUC.		H. CLAUDE et J. CANTACUZÈNE. — Note sur	
— Maladie de Bourneville (sclérose tubé-		un essai de prophylaxie des délires spi-	
reuse) à caractère familial et congénital		rites	111
avec association de symptômes de neuro-		R. ANGLADE et L. VIDART. — Simulation de	
fibromatose (maladie de Recklinghau-		crises comitiales	116

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 28 mai 1936

L. OLENIK. — Le diagnostic et le traitement		seléroses. Epreuves du verre et geste accom-	
chirurgical des tumeurs intramédullaires.	119	pagné	120
Souques. — Sclérose latérale amyotrophique ayant		H. ROGER, H. MONGES, J. PAILLAS et A. JOUVE. —	
duré 20 ans	120	Métastase cérébrale unique d'un mélanoblas-	
ZADOV. — Rigidité décérébrée incomplète. Ré-		tome de la petite lèvre	120
flexes toniques du labyrinthe et du cou. Trou-		H. ROGER et P. VIGNE. — Compression médul-	
bles des mouvements de redressement du		laire et ostéite fibrokystique de Recklinghau-	
corps	120	sen au cours d'une sarcomatose de Kaposi.	121
J. FROMENT, P. BONNET et A. DEVIC. — Pseudo-		COSSA, DUGUET, ÉMOND et PERCH. — Syndrome	
		parkinsonien avec biépharospasmes, spasme	
		des oculogyres et ébauche de torticollis spas-	
		modique d'origine syphilitique.....	121

(Suite du sommaire page VI).

CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



INSTALLATION
DE
premier ordre
Notice sur demande
2, rue Dispan
L'HAY-
LES-ROSES
(SEINE)
TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIIONS DU SYSTÈME NERVEUX
— CURES DE DÉSINTOXICATION —
— DE REPOS ET DE RÉGIMES —

VILLA DES PAGES

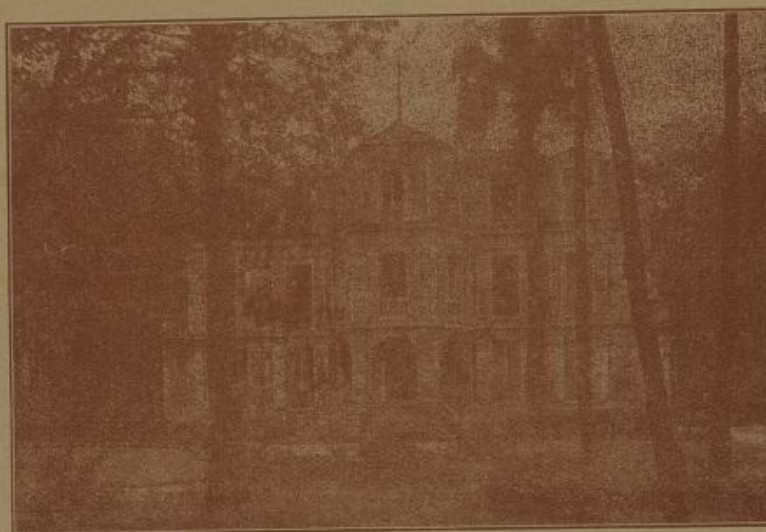
LE VÉSINET (S.-et-O.)

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

- SCIBIRANA. — Lacunes osseuses crâniennes avec hernie cérébrale marquant la fin d'un syndrome d'hypertension intracrânienne et évoluant spontanément vers la guérison clinique et radiographique 121
- M. DIDE et Mlle A. BAUDUIN. — Système vésiculaire parasymphatique du mésoencéphale.... 121
- G. JAYLE. — Considérations sur les paralysies oculaires de fonctions. Des paralysies de fonctions binoculaires du type vestibulaire, des paralysies de fonctions monoculaires 122

Société française de Psychologie

Séance du jeudi 11 juin 1936

- MEYERSON. — Sur l'analyse des actes chez l'homme et sur le niveau humain..... 122

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 23 mai 1936

- P. DIVRY et VASSART. — Glossolalie..... 123

- H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA. — Syndrome frontal traumatique 123

Société belge de Neurologie

Séance du 23 mai 1936

- J. HEERNU et L. MASSION-VERNIORY. — Epilepsie-myoclonie 124
- B. DUZARDIN et P. MARTIN. — A propos des réactions syphilitiques du liquide ventriculaire et lombaire 124
- R. NYSSSEN et J. BEEMENS. — Note sur la modification du pH urinaire sous l'influence de la douleur chez l'homme 125
- LEBOV. — Hémorragie protubérantielle et artérite gommeuse 125
- H. BAONVILLE, P. DIVRY et J. TITECA. — Ménigiome de la base avec troubles démentiels prédominants 125
- R. LEY. — Ménigiome intraventriculaire... 125

(Suite du sommaire page VIII).

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 : Hydrothérapie.

Directeurs : D^r Paul-Boncour, O. * et G. Albouy.



SAINT-REMY

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.
Galleries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- **D^r P. ALLAMAGNY** --

avec la collaboration du D^r VIGNAUD,
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XV^e Réunion Neurologique Internationale annuelle

Paris, 26-27 mai 1936

PREMIER RAPPORT

RISER. — La circulation cérébrale 126

DEUXIÈME RAPPORT

M. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, S. DE SÈZE et
R. CACHERA. — Physiologie de la vasomotri-
cité cérébrale 130

TROISIÈME RAPPORT

Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. — Pathologie de
la circulation cérébrale 134

QUATRIÈME RAPPORT

EGAZ-MONIZ. — Radio-diagnostic de la circulation
cérébrale 138

COMMUNICATIONS

NISSL VON MAYENDORF. — Remarques sur les ter-
minaisons voisines vasculaires 139

G. MARINESCO, W. JONESCO SISESTI et A. KREIND-
LER. — Sinus carotidien et épilepsie. Interven-
tion probable de la vaso-motricité cérébrale
dans le mécanisme des crises épileptiques 140

D. FURTADO. — A propos des hémorragies sous-
arachnoïdiennes 140

DE MORSIEL. — L'indication opératoire dans les
lésions cérébrales d'origine vasculaire .. 149

(Suite du sommaire page X).

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, instal-
lation 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

D^{rs} 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

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
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la
NUTRITION

Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie.

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans
la suppression des bruits.

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux
familles.

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre.

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.
Laboratoires d'analyses.

Distractions Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Tous les sports Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite.

Administrateur Directeur : I. TARTAKOWSKY

DIDE et HANON. — Lésions des toiles choroldiennes et méningite mésocéphalique chez certains hébéphréniques	140	EXPOSÉ DES TRAVAUX DU FONDs DÉJÉRINE
QUÉNU, ALAÏOUANINE, BASCOURRET et HORNET. — Le rôle de l'œdème cérébral dans le syndrome pâleur-hyperthermie	140	LARUELLE. — L'anatomie de la moelle épinière en coupes longitudinales plurisegmentaires. Application à la physiologie et à la clinique... ..
H. ROGER et J. ALLIEZ. — Les migraines hémiplegiques	141	J. DECHAUME. — Les chiens sans moelle du 1 ^{er} Hermann. Documents anatomo-cliniques.....
M. DIDE. — Anomalies de l'axe gris de la moelle chez certains hébéphréniques	141	EXPOSÉ DES TRAVAUX DU FONDs BABINSKI
NISSI VON MAYENDORF. — Sur la combinaison de la paralysie musculaire flasque d'origine cérébrale avec une exagération des réflexes tendineux	141	J.-A. BARRE. — Les syndromes délétaires
		DAVID et PUECH. — Le syndrome adipo-génital

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Pathologie générale.

A. JACQUELIN. — Directives en pratique médicale. Terrains et tendances morbides.....	146
--	-----

Anatomie.

E. LEBLANC. — Synthèse des voies de conduction des centres nerveux (topographie structurale)	147
--	-----

(Suite du sommaire, page XII).

CLINIQUE « LA MÉTAIRIE »

-- -- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. Nyon 95.626 -- --



TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES. TOUTES DÉSINTOXI-
CATIONS. CONVALESCENCES ET RÉ-
GIMES. CURES DE REPOS ET D'ISO-
LEMENT. SÉJOURS D'OBSERVATION

EXAMENS ET EXPERTISES NEUROLOGIQUES
ET PSYCHOLOGIQUES DANS INSTITUT SPÉCIALISÉ

-- -- Consultations tous les jours. -- --
D^r GUILLEREY, Médecin Directeur
(Consultations à Lausanne, Grand-Chêne, 2, lundi
et jeudi sur rendez-vous. Tél. : Lausanne 32.434).
D^r Duby, D^r Calame, Médecin consultant :
Professeur d'Université D^r O. Loewenstein.

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --
-- -- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --
||| Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares |||



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

		-- -- Divers ateliers très bien installés -- --		
		Etudes et leçons particulières dans l'établissement		
		-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --		
		-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --		

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

*Prix de pension variant suivant la nature du traitement
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 25 par jour)*

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :
RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { Administration : Nyon 95.442
Service Médical : Nyon 95.441
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecins-chefs { D^r O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève ;
D^r R. de SAUSSURE, Privat-Docent à l'Université de Genève.

Hygiène et prophylaxie.

B. CARAVEDO. — Quelques étapes de l'hygiène mentale au Pérou	147
--	-----

Thérapeutique.

A. RAVINA. — L'Année thérapeutique, médicaments et procédés nouveaux	148
--	-----

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances	149
Prix de la Société Médico-Psychologique	149

Asiles publics d'aliénés :

Nécrologie	149
Légion d'honneur	150
Postes vacants	150

Services psychiatriques des prisons :

Création d'un service d'examen et d'observation psychiatriques dans les prisons du département de la Seine	150
--	-----

Sociétés, Réunions et Congrès :

Société Brésilienne de Neurologie, de Psychiatrie et de Médecine légale	150
Réunion annuelle de la Royal Medico-Psychological Association	151
XII ^e Congrès Belge de Neurologie et de Psychiatrie	151
Académie de médecine	151

Recherches et Enquêtes :

Une enquête du « Neurological Institute of New-York » sur l'influence de la fièvre dans les psychoses	152
---	-----

(Suite du sommaire, page XIV).

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D^r H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

1, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

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

INFORMATIONS

Commission de Psychothérapie de la Société Suisse de Psychiatrie	XVIII	La croisière médicale franco-belge des grandes vacances 1936	XXVI
IV ^e Congrès de la Presse Médicale latine (Venise, 29 septembre-3 octobre 1936)	XXI	Nomenclature des Publications en Langue fran- çaise du Monde entier	XXVIII

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement
neuro-psychiatrique

Installations moder-
nes 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

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées
Deux à quatre cuillérées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës 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.
Déminalisation.
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, 1 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 1 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, 1 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 Gènesérine.
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 (1 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

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-8^e



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).

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

COMMISSION DE PSYCHOTHERAPIE DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

Dimanche 19 Juillet 1936, à 9 heures, à Bâle
Restaurant Rialto, Viaduktstrasse 60

La Commission de Psychothérapie de la Société Suisse de Psychiatrie, *présidée* par le D^r O.-L. FOREL, a décidé d'organiser à Bâle, le dimanche 19 juillet 1936, une séance familière à laquelle les psychothérapeutes des diverses écoles sont cordialement invités. Sujet :

(A suivre, page d'annonces XIX).

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

D^{rs} H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

COMMISSION DE PSYCHOTHERAPIE
DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE
(Suite)

Dimanche 19 Juillet 1936, à 9 heures, à Bâle

Restaurant Rialto, Viaduktstrasse 60

Idées fondamentales, communes aux différentes écoles psychothérapeutiques. Il y aura quatre rapports le matin, deux en français et deux en allemand. Un résumé sera fait dans l'autre langue et une discussion suivra.

Les rapporteurs seront :

Dr DE SAUSSURE (Prangins) : *Les principes fondamentaux de la psychoanalyse.*

(A suivre, page d'annonces XX).

Établissement 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.

COMMISSION DE PSYCHOTHERAPIE
DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

(Suite)

Dimanche 19 Juillet 1936, à 9 heures, à Bâle
Restaurant Rialto, Viaduktstrasse 60

D^r C. A. MEYER (Burghölzli, Zurich) : *Die Grundlinien der analytischen Psychologie.*

D^r E. JUNG (Berne) : *Die Bedeutung der individualpsychologie für die psychotherapeutische Praxis.*

D^r BALLY (Zurich) : *L'existence humaine dans la psychothérapie.*

Pour couvrir les frais, il sera demandé une cotisation de fr. 3. —
S'inscrire auprès du D^r MORGENTHAUER, 17, Ichanzenbergstrasse,
Berne (compte-chèques III/6463).

(A suivre, page d'annonces XXI).

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, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémisés, 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 ENTRAÎNEMENT 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 ●

IV^e CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

(Venise, 29 septembre, 3 octobre 1936)

Le IV^e Congrès de la Presse Médicale Latine aura lieu à Venise, du mardi 29 septembre au samedi 3 octobre 1936, sous le haut patronage de S. E. Monsieur le Ministre de l'Éducation nationale d'Italie et sous la présidence du Sénateur Professeur D. GIORDANO.

Le Comité de patronage du Congrès comprend, à côté de S. A. R. le Prince Ferdinand de Savoie, duc de Gênes, les plus hautes autorités politiques, administratives et scientifiques d'Italie et, en particulier, de la Province de Venise.

Les séances de travail du Congrès comportent trois questions :

1^o *Histoire de la Presse médicale dans les Pays latins.* — Rapporteurs : Prof. TRICOT-ROYER (Louvain), Docteur E. NOGUERA (Madrid), Prof. LAIGNEL-LAVASTINE et LÉVY-VALENSI (Paris), Prof. RONDOPOLU.

(A suivre, page d'annonces XXII).

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

(Thiosulfate magnésien)

ab ore
voie veineuse
voie musculaire

Le meilleur des Borico-alcalins :

BOROSODINE LUMIÈRE

Littérature et Échantillons :

LABORATOIRES LUMIÈRE, 45, Rue Villon, LYON

B'

IV^e CONGRES DE LA PRESSE MEDICALE LATINE

(Venise, 29 septembre, 3 octobre 1936)

(Suite)

LOS (Athènes), Prof. PAZZINI (Rome), Prof. DA SILVA CARVALHO (Lisbonne), Prof. V. BOLOGA (Cluj.).

2° *Influence sociale de la Presse médicale.* — Rapporteurs : Prof. A. LE SAGE (Montréal), Docteur T. OLIARO (Turin), Docteur J.-B. PEREIRA (Rio de Janeiro).

3° *L'enseignement médical et la pratique médicale dans les Pays latins.* — Rapporteurs : Prof. HARTMANN (Paris), Prof. PEREZ (Rome), Prof. DANIELOPOLU et PAVEL (Bucarest), X... (Madrid).

En dehors des séances de travail, le Congrès comportera : des conférences des Professeurs Maurice LOEPER (de Paris), Nicolas PENDE (de Rome), A. CASTIGLIONI (de Padoue) ; une excursion aux

(A suivre, page d'annonces XXIII).

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT
NEURASTHÉNIQUE

6, rue Abel • PARIS (12^e)



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

IV^e CONGRES DE LA PRESSE MEDICALE LATINE

(Venise, 29 septembre, 3 octobre 1936)

(Suite)

iles de la Lagune de Venise, offerte par la Municipalité de Venise ; un concert de la « Banda Citadina » sur la place Saint-Marc, avec illumination de la Basilique et du Campanile ; une visite de l'hôpital marin, au Lido ; une excursion de deux jours en autocars, à Aquileia, Trieste, Abbazia, aux Grottes de Postumia, etc., avec visite des champs de bataille de la guerre 1915-1918 ; une réception offerte par le président du Congrès ; un banquet, etc...

Tous les médecins des Pays latins peuvent assister au Congrès, ainsi que les personnes de leur famille.

La cotisation est fixée à 80 lire, ou 100 francs français, pour les membres titulaires (directeurs, rédacteurs en chef ou délégués officiels

(A suivre, page d'annonces XXIV).

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

IV^e CONGRES DE LA PRESSE MEDICALE LATINE

(Venise, 29 septembre, 3 octobre 1936)

(Suite)

d'un périodique médical), et à 40 lire, ou 50 francs français, pour les membres adhérents (journalistes médicaux, médecins non-journalistes, personnes accompagnant les congressistes).

Le *secrétaire du Congrès* est le Professeur SARAVAL, hôpital civil à Venise.

Les adhésions peuvent lui être adressées directement ; elles peuvent l'être également pour les congressistes non-italiens, au Docteur M. PIERRA, *secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine*, « L'Hermitage », Luxeuil (Haute-Saône), ou à M. Robert GARDETTE, *secrétaire administratif de la Fédération*, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

(A suivre, page d'annonces XXVI).

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 + Phényléthyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉINE

BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Eréthisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17^e)



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHIERS

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

NEURINASE

*Amorce le
sommeil naturel*



Insomnie
Troubles nerveux

Ech^{ons} & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

LA CROISIÈRE MÉDICALE FRANCO-BELGE DES GRANDES VACANCES 1936

Répondant au désir qui lui a été exprimé, le Comité a décidé que la XXIII^e croisière serait organisée à bord du paquebot de grand luxe « Foucauld » (15.000 tonnes), qui a déjà effectué les XVI^e, XVIII^e et XXI^e croisières médicales franco-belges, et dont la réputation n'est plus à faire dans les milieux médicaux.

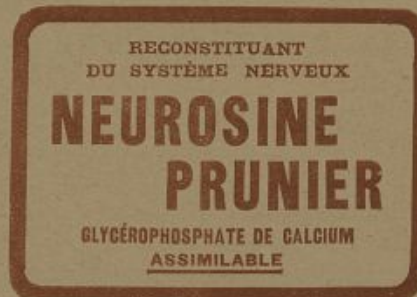
Le voyage aura lieu, du 1^{er} au 25 août, vers les Shetland, les fjords de Norvège, le Spitzberg, le Cap Nord et retour par les Capitales Scandinaves. Itinéraire : Dunkerque, Lerwick (Shetland), Odda, Molde, Digermulen-Troll, Tromsø, Magdalena Bay, Cross Bay, Kings Bay, Temple Bay, Advent Bay, Ile de l'Ours, Cap Nord, Hammerfest, Lyngseidet, Narvik, Oye, Merok, Bergen, Oslo, Copenhague, Dunkerque. Prix depuis 2.000 francs français pour 25 jours de navigation. Réduction de 5 0/0 aux médecins et à leurs familles, qui en feront la demande de notre part, *directement*, à la *Section des croisières de « Bruxelles-Médical »*, 29, Boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.



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

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.

Vient de paraître, à l'Argus de la Presse — Doyen des Bureaux d'extraits de Presse de France et de l'Etranger —, la **nouvelle** Edition, la Septième de :

« **Nomenclature des Publications en Langue Française
du Monde entier** »

C'est un volume très documenté, genre de travail unique, classé méthodiquement, contenant plus de 15.000 noms de Périodiques différents en langue française, dont chacun d'eux possédera un exemplaire.



VILLA LUNIER
à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D^r 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 **1.000 fr.** selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.000** et **3.000 fr.** par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —
Téléphone : 2-82.

Médecin en Chef-Directeur : D^r OLIVIER

Pour **RENSEIGNEMENTS**, demander le **PROSPECTUS DÉTAILLÉ**

SOMMAIRE DU N° 2 (tome II), JUILLET 1936

MÉMOIRES ORIGINAUX

- R. TARGOWLA. — L'état actuel du syndrome subjectif des traumatismes cranio-cérébraux chez les blessés de la guerre 1914-1918..... 153
- P. OSTANOW. — Tempérament et caractère..... 177
- H. BARUK, M^{lle} GEVAUDAN, R. CORNU et J. MATHEY. — Action vasculaire du scopochloralose. Quelques mécanismes physiologiques de ses effets thérapeutiques dans l'hystérie..... 187
- H. ROXO. — Méthodes spéciales de traitement des maladies mentales..... 195

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 9 juillet 1936

- Adoption du procès-verbal 210
- L. MARCHAND, R. ANGLADE et L. VIDART. — Ramollissements cérébraux ayant simulé une tumeur cérébrale 210
- H. CLAUDE, P. SIVADON et J. FORTINEAU. — Paraphrénie imaginative (un faux prince de Condé) 214

- G. HEUYER et LONGUET. — Psychose gémellaire 220
- G. HEUYER, M^{lle}s VOGT et LAUTMANN et M. STERN. — Présentation de deux jumelles ; tics encéphalitiques chez l'une 228
- G. PETIT, P. PUECH, BALVET et BAUDARD. — Gliome volumineux du lobe frontal droit : confusion mentale avec torpeur intellectuelle, vertiges épileptiques, gâtisme urinaire..... 232

(Suite du sommaire, page II).

CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



INSTALLATION DE premier ordre
Notice sur demande
2, rue Dispan
L'HAY-LES-ROSES (SEINE)
TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
— CURES DE DÉSINTOXICATION —
— DE REPOS ET DE RÉGIMES —

Annales Médico-Psychologiques.

A.

naire. Ablation de la tumeur : guéri- son	235
G. PETIT. — Révélation ou réactivation par l'électropyréxie (ondes courtes) des trou- bles organiques et psycho-organiques chez les psychopathes	241
H. CLAUDE, P. SIVADON et J. FORTINEAU. — Efflorescence mentale en rapport avec les événements d'actualité	247

R. DUPOUY et M. LECONTE. — Etat délirant anxieux motivé par les événements so- ciaux	251
R. DUPOUY et P. NEVEU. — Etat de confu- sion maniaque en rapport avec les événe- ments sociaux actuels	253
X. et P. ABÉLY, R. ANGLADE et J. RONDE- RIÈRE. — Psychose maniaque dépressive et hyperplasie hypophysaire	255

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 2 juillet 1936

LAIGNEL-LAVASTINE et COCHÉME. — Grognements en salve avec hémiplegie	258
BARRÉ, CHARBONNEL et UBERSCHLAG. — Syndrome de la région du noyau rouge. Pseudo-ataxie dite frontale	258
L. BARONNEUX et S. DAUM. — Syndrome adipo- génital très amélioré pour le traitement spé- cifique	259
A. THOMAS et S. AJURUAGUERRA. — A propos de l'association de l'abolition des réflexes tendi- neux avec troubles pupillaires	259
A. THOMAS. — Abolition des réflexes tendineux avec syndrome sympathique	260
H. SCHAEFFER, KREBS et LÉGER. — Chorée chro- nique, récidivante, atypique, d'origine appa- remment rhumatismale	260
MONIER-VINARD et BRUNEL. — Poliencéphalite	

subalgué avec atteinte unilatérale des dix der- nières paires craniennes	260
PETIT-DUTAILLIS. — Un nouveau cas de com- pression médullaire par maladie de Paget	261
H. BABUK, O.-M. GOMEZ et R. ROSSANO. — Etu- des piézographiques de la contraction volon- taire à l'état normal et pathologique ..	261
G. GUILLAIN et J. SIGWALD. — Etude clinique et biologique d'un cas d'acromégalie	261

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 27 juin 1936

OLIVIERI. — Psychoses pénitentiaires	262
GUILLMOT. — Syndrome paranoïde chez un dé- bile mental	262
DE CRAENE junior. — Quelques cas d'encéphalite léthargique	262

(Suite du sommaire, page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre — Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : D^r Paul CARRETTE

Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition



Psycho-
névroses
Intoxica-
tions
Convales-
cences

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 D^r 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 :

D^r FILLASSIER O. * ✻ D^r DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

NEVES. — Délire d'interprétation	263
CARLIER. — Commentaires sur des crimes commis au cours d'un état passager et bref d'aliénation mentale	263

**Groupeement Belge
d'Etudes Oto-Neuro-Ophthalmologiques
et Neuro-Chirurgicales**

Séance du 27 juin 1936

J. Dagnélie et L. Van der Meulen. — Ophthalmoplogie totale causée par un cylindre	
---	--

évoluant depuis quinze ans	263
LARUELLE, CHABÉ et MASSON-VERNIORY. — Tumeur de l'angle à symptomatologie atypique	264
BRANDES et L. VAN BOGAERT. — Sur un cas de tabès juvénile	264
L. VAN BOGAERT et P. MARTIN. — Gliome primitif des nerfs optiques. (Portion intracranienne). Diagnostic et intervention	264
B. DUJARDIN et P. MARTIN. — Cordotomie antéro-latérale bilatérale pour crises gastriques du tabès	264

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française (XL^e session, Bâle, Zurich, Berne, Neuchâtel, 20-25 juillet 1936).

Discours Inaugural	266
--------------------------	-----

RAPPORTS DE PSYCHIATRIE

W. BOVEN. — L'hérédité des affections schizophréniques	267
M.-A. BROUSSEAU. — L'hérédité des affections circulaires	269

RAPPORT DE NEUROLOGIE

J. CHRISTOPHE. — Etude sémiologique, étiologique et pathogénique des mouvements choréiques	272
--	-----

RAPPORT D'ASSISTANCE ET THÉRAPEUTIQUE

H.-W. MAIER. — La thérapeutique des psychoses dites fonctionnelles	274
--	-----

I. COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

H. CLAUDE, G. ROUART, G. DESHAIES. — Hérédité des psychoses maniaques dépressives et discordantes	277
J. PICARD et H. EY. — Premiers résultats de quelques investigations généalogiques en Beauce	277
P. SCHIFF et Mlle DU TILLET. — Hérédité précoce et stérilisation eugénique dans la manie	277
F. ADAM et O. HANSCH. — Une mère et ses trois fils (maniaques-dépressifs ou schizophrènes ?) simultanément internés	278
P. JANET. — Le langage intérieur dans l'hallu-	

(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

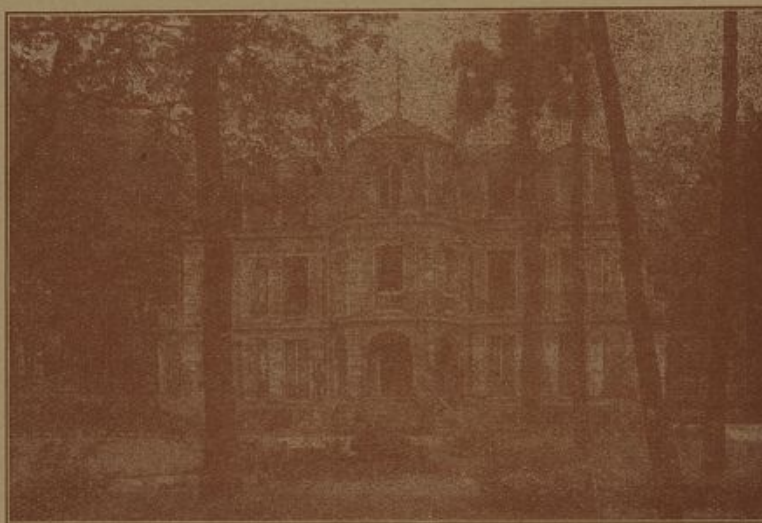
LE VÉSINET (S.-et-O.)

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 VÉSINET 12

cination psychique	278	H. ROGER, J. ALLIEZ et J. PAILLAS. — Chorée	
L. SCHWARTZ. — La psychologie dynamique de		chronique avec secousses électriques au cours	
Pierre Janet à nos consultations	278	d'une encéphalopathie infantile hérédo-syphi-	
A. LESTCHINSKI. — Remarques sur la conduite		littique, très améliorée par la malarialthéra-	
humaine et les psychothérapies	278	pie	281
L. MARCHAND. — Considérations sur la patho-		P. SCHIFF et AJURIAGUEHRA. — Chorée et maladie	
génie de l'encéphalite psychosique aiguë. Im-		de Vaquez	282
portance de la réaction cérébrale indivi-		G. BOURGUIGNON. — La choraxie dans la cho-	
duelle	278	rée de Sydenham	282
B. DUJARDIN et J. TITECA. — Valeur diagnosti-		F. LUTHY et HORZ. — Aspect anatomique de deux	
que et pronostique de l'étude quantitative des		cas de chorée aiguë de Sydenham et d'un cas	
réagins du sang et du liquide céphalo-rachi-		de chorée artériosclérotique	282
dien dans la syphilis du système nerveux	279	H. EY et J. PICARD. — Syndromes striés hyper-	
G. PETIT et A. BAUDARD. — Les crises de cata-		kinétiques et troubles mentaux	282
plexie en pathologie mentale	279	E. ÉVRARD. — Maladie de Huntington et schizo-	
J. HEDRAN. — L'acide ascorbique dans le liquide		phrénie	283
céphalo-rachidien des malades mentaux.	279	H. BRUNSCHWEILER. — Un cas d'hyperkinésie	
MAZHAR OSMAN et H. DILEK. — Amnésie antéro		généralisée	283
et rétrograde post-traumatique	280	W.-R. HESS. — Le problème des localisations	
H. PEISTER. — Projection de dessins d'allénés et		dans le diencephale	283
interprétation diagnostique	280	A. ROUQUIER. — Le rôle moteur des circonv-	
P. COURBON. — La folie d'après Erasme et		olutions préfrontales	283
Holbein	280	O. VERAGUTH. — Les réflexes dorsaux de	
J. LÉVY-VALENSI. — La cyclothymie de Marat	280	l'homme	284
II. COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE			
MINKOWSKI. — Mouvements athétoïdes et cho-		MAZHAR OSMAN et I. SCHUKRU. — Les anomalies	
réiformes chez le fœtus	280	du canal de Sylvius et la pathogénie de l'hy-	
J.-A. BARRÉ. — Sur la localisation des lésions		drocéphalie	284
de la chorée; à propos de l'hémiballisme	281	G. BOURGUIGNON et M. MONNIER. — La choraxie	
H. ROGER, M. ARNAUD et J. PAILLAS. — Mouve-		dans les torticolis spasmodiques. Ses varia-	
ments choréiques bilatéraux tardifs au cours		tions sous l'influence des éclairages co-	
de l'évolution d'une tumeur de la région pé-		lorés	284
doneulo-quadrigémale	281	A. MIR-SEPASSY. — Rigidité catatonique et hy-	
		per-tonies extrapyramidales. Ce qui objective-	
		ment les oppose	285

(Suite du sommaire page VIII).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Télé-*
phone : 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-REMY

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 -- --

-- **D^r P. ALLAMAGNY** --

avec la collaboration du D^r VIGNAUD,
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

W. LOFFLER. — Le syndrome d'Adie en pratique médicale	285	P. DOUSSINET et Mlle E. JACOB. — Contribution à l'étude et au développement de la thérapeutique biologique dans les maladies mentales	287
GUILLERMY. — Diagnostic précoce de la syphilis cérébrale par la méthode pupillographique	285	P. DOUSSINET et Mlle E. JACOB. — Préparations infinitésimales en pratique psychiatrique. (Traitements curateurs et traitements préventifs)	288
O. LÖWENSTEIN. — Pupillographie et psychopathie constitutionnelle	286	R. NAGER. — L'opération des tumeurs intrasellaire par la voie transthoracique de Chiari	288
G. DE MORSIER. — Un cas de parkinsonisme traumatique	286	A. DIMITZA. — Nouvelle thérapeutique de la névralgie du trijumeau	289
III. COMMUNICATIONS DE THÉRAPEUTIQUE			
M. MONNIER. — Le traitement des psychoses par la narcose prolongée; sa technique actuelle, ses résultats	286	IV. COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE, PROPHYLAXIE ET MÉDECINE LÉGALE	
M. BOSS. — Indications et effets de la cure de sommeil	286	J. DUCOTDRAY. — Les éléments psychologiques à apprécier dans l'examen mental de l'enfant	289
Th. BRUNNER. — Le traitement des toxicomanies par l'insuline	287	J. LUTZ. — L'examen psychiatrique des enfants et des adolescents à Zurich	289
J. HAMEL, M. DESRUELLES et Mme GARDIEN-JOURD'HEUIL. — Thérapeutique de l'anxiété par la vagotonine	287	MAZHAR OSMAN. — Encéphalite épidémique et médecine légale	289
C. CAPRAS, Mlle E. JACOB et M.-P. DOUSSINET. — Opothérapie rénale et délire aigu	287		

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Neuro-psychiatrie.

P. COSSA. — Physiopathologie du système nerveux. Du mécanisme au diagnostic	290	E. MENNINGER-LERCHENTHAL. — Le fantôme du propre corps. (Autoscopie, sosies)	292
C. STRELETSKI. — Précis de graphologie pratique	291	J. BURSTIN. — Schizophrénie et mentalité primitive. Étude comparative	294
		R. MATHON. — Contribution à l'étude des formes mentales des tumeurs cérébrales	295
		R.-J. COCHE. — Contribution à l'étude des aigles	

(Suite du sommaire page X).

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

D^{rs} 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

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
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la
NUTRITION

Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie.

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans
la suppression des bruits.

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux
familles.

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre.

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.
Laboratoires d'analyses.

Distractions

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Tous les sports

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite.

Administrateur Directeur : I. TARTAKOWSKY

pelvi-génitales dites névropathiques chez la femme, des douleurs obsédantes en particulier 296

Psychologie.

- J. WINTSCH. — Les premières manifestations motrices et mentales de l'enfant 296
Ch. LEURIDAN. — L'idée de liberté morale. Essai de vulgarisation critique et de mise au point déterministe 298

Médecine légale.

- G. BOUCHARD. — Les actes anti-sociaux des mineurs épileptiques. Mesures de traitement et de préservation sociale 298

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

- K.-H. ROGERS. — Persévérance 299
R.-B. CATTELL. — Persévérance et caractère. Quelques recherches et une hypothèse. 299
P. OSTANKOV. — Le signe du miroir dans la démence précoce 300
E. STRANSKY. — A propos du problème de la schizoidie 300
A.-S. POZNANSKI. — Du développement des hallucinations chez les schizophrènes 300
I. IMBER. — La sincérité schizophrénique 301
G. CARDINALE. — Tuberculose et démence précoce 301
A. BONHOUE. — Tuberculose et maladies mentales 301

- H. BARUK. — Les catatonies toxi-infectieuses 301
E.-R. CHPIC. — Influence de l'infection sur la structure des psychoses 302
M. DEROMBES et A. DESCHAMPS. — Du délire aigu primitif 302
H. BINDER. — Des états d'ivresse alcoolique 302
H. COSACK. — Contribution casuistique à la pathogénie des psychoses alcooliques 303
H. DAMAYE. — Delirium tremens et plaies infectées 303
A.-M. MEERLOO. — Sur la toxicomanie 303
I. NARDI. — Etats oniriques, pseudo-hallucinatoires et obsessionnels à contenu mystico-sexuel dans l'encéphalite chronique épidémique 304
R. KLEIN. — Contribution au problème des hallucinations hémianopsiques 304
H. CLAUDE. — Remarques sur les états dits hallucinatoires et leurs rapports avec le fond mental du sujet 304
H. HOFMAN-BANG. — Un cas d'amnésie rétrograde portant sur une période de 11-12 ans. Etiologie ? 305
I. NARDI. — De quelques délires de négation systématisés 305
A.-M. SIERRA et J.-A. GUIXA. — Un cas clinique typique de syndrome de Cotard suivi de guérison 305
J.-C. YASKIN. — Le sentiment d'irréalité, signe différentiel des dépressions légères 305
H. LUXENBURGER. — De quelques importants problèmes pratiques de la pathologie héréditaire du groupe cyclothymique 306

(Suite du sommaire, page XII).

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. Loewenstein. -- -- --

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --
Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares |||



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

||| -- -- Divers ateliers très bien installés -- -- |||
Etudes et leçons particulières dans l'établissement
-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation -- |||

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

*Prix de pension variant suivant la nature du traitement
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 25 par jour)*

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :
RIVAPRANGINS NYON

||| Téléphones { Administration : Nyon 95.442
Service Médical : Nyon 95.441
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecins-chefs } D^r O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève ;
D^r R. de SAUSSURE, Privat-Docent à l'Université de Genève.

N.-A. DAYTON. — La situation des familles nombreuses par rapport aux différentes formes d'arriération mentale	306
M.-I. DOZENKO. — De la psychomotricité mimique des enfants arriérés	307
R. LOMBARDO. — La tête pendante des enfants symptôme de l'oligophrénie	307
H. DAMAYE. — Psychose et cancer	307
A. COEN BERNUMFANTE. — Pour l'histoire de la paralysie générale	307
M.-P. DOROLLE. — Fréquence de la paralysie générale chez l'indigène de Cochinchine	308
V.-L. HUOT. — L'aliénation mentale à Madagascar	308

Psychologie.

H. WALLON. — L'étude du caractère chez l'enfant, et l'orientation professionnelle	309
HALBWACHS. — Les facteurs biologiques et la population	309

Psychanalyse.

R. Mc C. CHAPMAN. — La psychanalyse dans la pratique hospitalière	310
E. GLOVER. — L'application des principes psychanalytiques en psychiatrie	310
L.-E. HINSIE. — Les rapports de la psychanalyse et de la psychiatrie	311
J. FROIS-WITTMANN. — Psychologie objective et psychanalyse	311
W. DRABOVITCH. — Freud et Pavlov	311
M. BONAPARTE. — Psychologie de la puberté	312
P.-R. BIZE. — Les terreurs nocturnes des en-	

fants	312
H. FLOURNOY. — Rêves d'angoisse stéréotypés chez une agoraphobe	312
P.-R. BIZE. — La notion de contact avec la réalité. Le contact Ego-Cosmos	312

Neurologie.

M. BALADO et R. CARRILLO. — Etude comparée des procédés modernes de diagnostic neurochirurgical. Résultats de l'iodoventriculographie	313
J.-S. RABINOVITCH. — Sur les réflexes abdominaux percutoires	313
S. DE SÈZE. — La méningococcémie	313
Th. DE MARTEL et J. GUILLAUME. — Les arachnoïdites opto-chiasmatiques	314
A. SURIANA. — Le syndrome d'Adie. Abolition des réflexes tendineux et pseudo-signes d'Argyll-Robertson. Altération bénigne non syphilitique	314
F. LOTMAR. — Contribution à la connaissance de la maladie de Lindau (angiomatose du système nerveux central et de la rétine)	314
L.-G. TCHENOW et O.-M. FRENKEL. — Contribution à la séméiologie des affections du thalamus	314
H.-R. RUGIERO. — Syndrome thalamique	315
Ch. DAVISON et N.-E. SELBY. — Hypothermie dans les cas de lésions hypothalamiques	315
Th. ALAÏOUANINE, R. THUREL et A. BRUNELLI. — Les douleurs alternées dans les lésions bulbo-prothubérantielles. Contribution à l'étude de la physiopathologie des douleurs centrales.	315

(Suite du sommaire, page XIV).

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D^e H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

1, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph.: Observatoire 17-45

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

P. HILLEMANT, CHAVANY et J. HAMBURGER. — Les ramollissements de la protubérance	316
P. HILLEMANT et J. HAMBURGER. — Les ramollissements bulbaux	316
J. TROISIÈRE, M. BARIÉTY, Mlle B. ERBER, G. BROUET et Mlle J. SIFFERLEN. — Spirochétose méningée et méningo-typhus	316
P. KLOTZ. — Les formes hypertensives pseudotumorales de la sclérose en plaques aiguë	317
G. BOSCHI. — Sclérose latérale amyotrophique guérie	317
K.-H. KRABBE et P. SCHWABE HANSEN. — Les spondylites nécrosantes chez les tabétiques	317
E.-S. TAUBER et O.-R. LANGWORTHY. — Étude de la syringomyélie et de la formation de cavités dans la moelle épinière	317
R. DASSEN. — Syndrome pyramidal consécutif à une rachianesthésie	318
C.-A. PIERSON. — Le « signe du coup de frein », Index sphinctérien de la moelle terminale	318
L. BALLIF et Mme M. BRIESE. — Contribution à l'étude de l'hérédité dans la dystrophie musculaire progressive	318
E. MARIOTTI. — Zona et traumatisme	318
A. TZANCK, PAUTRAT et H.-P. KLOTZ. — Étude pathogénique des polynévrites dites « toxiques »	319
W.-F. SCHELLER et H.-W. NEWMANN. — Névrite interstitielle hypertrophique. Relation d'un cas avec suggestion de traitement	319
A. THOMAS, E. SORREL et Mme SORREL-DÉJÉLINE. — Quatre cas de syndrome de Volkmann	319

Anatomie.

I. KLINGER. — Méthode de congélation facilitant la préparation macroscopique du cerveau	319
W. PENFIELD, J.-P. EVANS et J.-A. Mc MILLAN. — Voies optiques chez l'homme ; étude spéciale de la représentation maculaire	320
R. LOCCHI. — Questions générales et observations personnelles sur l'anatomie des artères du corps strié humain	320
N. SAMUELS. — Contribution à la connaissance de l'arachnoïde spinale	320
W. STEPKO et L. IVANOWA. — L'anatomie et la pathologie du mongoloidisme	321
Mme E. CERNATZEAU-ORNSTEIN. — Hémorragies multiples dans l'hypophyse, la glande thyroïde et les méninges	321
R.-G. GORDON et R.-M. NORMAN. — Un cas de chorée toxique aiguë	321
J.-L. HANON. — La participation des ganglions centraux dans l'épilepsie	321

Biologie.

F.-H. SLREPER. — Recherches sur la polyurie dans la schizophrénie	322
A. TOMASINO. — Fonctions rénales et chlorurémie dans les maladies mentales	322
H. CLAUDE, J. DUBLINHAU et Mlle BONNARD. — Les lipides du sang dans les maladies mentales	323
W. DAMESHER, A. MYERSON et C. STEPHENSON. — L'hypoglycémie par l'insuline. Mécanisme des troubles neurologiques	323

(Suite du sommaire, page XVIII).



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 D^r 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, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié
Une cuillerée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déminalisation.
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.

GÉNOSCOPLAMINE

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 Gènesérine.
2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GÉNOMORPHINE

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

reijon

Gardénal

PHÉNYL - ÉTHYL - MALONYLUÉE

ÉPILEPSIE
CONVULSIONS
ÉTATS ANXIEUX
INSOMNIES REBELLES

EN TUBES DE COMPRIMÉS
A 0^{gr}10, 0^{gr}05 ET 0^{gr}01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE. PARIS. 3^{ÈME}



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).

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 » —

M. CAHANE. — Les réflexes conditionnels et la glycémie émotionnelle	323	réactions liquidiennes négatives chez les syphilitiques	327
J. PLANELLAS et D. LUWISCH. — L'action hypoglycémisante de l'appétit, réflexe conditionnel	323	G. AYLA. — Développement historique des notions sur le liquide ventriculo-arachnoïdien	327
H. REISTRUP. — Le taux du glucose dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la psychose maniaque-dépressive et de la démence précoce	324	J. MADSEN. — Le liquide céphalo-rachidien dans les polyévitrites	328
L. TELATIN. — Etudes sur le métabolisme des hydrates de carbone chez les malades mentaux	324	J.-J. ALLIER-GOMEZ. — Résumé d'observations métabolométriques basales chez les malades mentaux	328
A. HESNARD et BAYLE. — La valeur clinique de l'azotémie en psychiatrie	324	E. SELINGER. — Stase papillaire et papillite. Diagnostic différentiel par le dosage des protéines de l'humeur aqueuse	328
J.-M. MACGUA et J.-C. OYHENART. — Acétonémie à forme méningée.	324	W.-R. ASHBY et A. GLYNN. — La chimie du cerveau dans l'actiération mentale	328
E. GOLDKUHL. — Contribution à l'étude de la leucopénie réactive et de sa signification dans divers états psychopathiques	325	H. URBAN. — Contribution à l'étude de la physiologie du lobe occipital chez l'homme	329
E. DE THURZO et S. KATZENELBOGEN. — Réserve alcaline du sang et du liquide céphalo-rachidien dans l'acidose expérimentale	325	E. MONDIO. — Catatonie expérimentale et activité des centres corticaux sensitivo-moteurs	329
A. PRUNELL. — Les polypeptides dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux	325	M. CAHANE et T. CAHANE. — Recherches sur la localisation du centre respiratoire du bulbe	329
D. ROTHSCHILD et C.-N. HANBERG. — La barrière hémato-méningée dans les troubles mentaux	326	C. RICHELING et R. STROMME. — Etudes sur la pathophysiologie de la schizophrénie ..	330
H. LIESSEN. — Le dosage de l'albumine du liquide céphalo-rachidien par la méthode de dilution	326	E.-C. ROSENOW. — Spécificité du streptocoque isolé dans les études sur les maladies du système nerveux. Reproduction expérimentale de l'éternuement persistant et des convulsions	330
M. KACZYNSKI. — De la cytologie du liquide céphalo-rachidien	327	G.-B. CACCIAPUTI. — Les oscillations fonctionnelles journalières chez les individus sains et chez les malades (Essai de sémiologie horaire)	330
E. LOMHOLT. — La valeur pour le pronostic des			

(Suite du sommaire, page XX).

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 CASTEL
D'ANDORTE**
- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -
**MALADIES MENTALES
ET NERVEUSES**
- Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON -

Epilepsie

ALEPSAL

simple, sûr, sans danger

Echantillons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

Endocrinologie.

- T. SENISE. — La sécrétion interne du cer-
velet 331
- V. DESOGUS. — Aspects histologiques de la pi-
néale relativement à l'état gravidique .. 331
- H. SCHAEFFER. — Tumeur gliale de la glande
pinéale. Contribution anatomo-clinique à
l'étude de ces tumeurs 331
- E. BRAUER. — Recherches récentes sur les cap-
sules surrénales 332
- F. KLEIN et H. WAGNEROVA-HATIKOVA. — Con-
tribution à la pathogénèse de la maladie de
Cushing 332
- C. KOSMOLA, N. LEKARSKIE. — Contribution au
diagnostic de la maladie de Cushing ... 332
- G. GIRAUD, J. MARGAROT et P. RIMBAUD. — Mala-
die de Cushing avec paraplégie spasmo-
dique 332
- M. COUCHET. — Maigreur et insuffisance ova-
rienne d'origine hypophysaire 333
- M. et T. CAHANE. — Sur certaines modifications
de l'hypophyse après une lésion du centre
infundibulaire régulateur de la fonction gé-
nitale 333
- R. RIVOIRE. — Les corrélations hypophyso-
endocriniennes. — III. Hypophyse et glandes
mammaires 333
- R. RIVOIRE. — Les corrélations hypophyso-
endocriniennes. — IV. Hypophyse et surré-
nales 333
- R. RIVOIRE. — Les corrélations hypophyso-
endocriniennes. — V. Hypophyse et parathy-
roïdes 334
- R. RIVOIRE. — Les corrélations hypophyso-
endocriniennes. — VI. Hypophyse et pan-
créas 334
- L. BONHOMME. — La dysostose hypophysaire.
(Maladie de Shüller. Syndrome de Chris-
tian). Xanthomatose crânio-hypophysaire 334
- L. DAVIS, D. CLEVELAND et W.-R. INGRAM. —
Métabolisme hydrocarboné. Effets des lésions
hypothalamiques et de la stimulation du
système nerveux automatique 334
- M. CAHANE. — Influence de l'hormone parathy-
roïdienne sur la cicatrisation des plaies cuta-
nées expérimentales 335
- S. BAGNASCO. — Le goitre dans la province de
Gènes 335
- H.-L. PARKER. — Les manifestations nerveuses
et mentales du myxœdème 335
- L.-J. KARNOSH et R.-E. STOUT. — Psychoses du
myxœdème 335
- S. KATZENELBOGEN et F.-H. LUTON. — L'hyper-
thyroïdisme et les réactions psychobiologi-
ques 336
- H.-F. DUNLAP et F.-P. MOERSCH. — Manifesta-
tions psychiques associées à l'hyperthyroï-
disme 336
- F. TERRIEN. — L'exophtalmie de la maladie de
Basedow 336
- M. CAHANE. — Alopecie et décoloration des poils
chez les rats soumis au traitement thyroïdien
et thyroïdique 337
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Sur la séro-interféromé-
trie endocrinienne 337

(Suite du sommaire, page XXI).

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.

Hygiène et prophylaxie.

- A. BEPOND. — Quelques réflexions sur les bases scientifiques de l'hygiène mentale et ses applications 337
 J. LÉPINE. — Le psychiatre dans la cité. 338
 A. DESLOGES. — Strabisme ou loucherie et hygiène mentale 338
 C.-A. BARAGAR, G.-M. DAVIDSON, W.-J. Mc ALISTER et D.-L. Mc CULLOUGH. — Stérilisation sexuelle 338
 J. KRISHNER. — Sur l'hérédité de quelques maladies mentales 338
 R. BOSCH. — Le problème de la prostitution 339
 G. ICHOK. — Etudes sur la population française: le suicide. A propos du rôle des toxiques dans le suicide 339

Assistance.

- E. RAIGA. — Insuffisance des pouvoirs de l'Administrateur. Lacunes de la loi du 30 juin 1838 340
 G. D'HEUCQUEVILLE. — Le mouvement « médical » pour l'enfance insuffisante et ses réalisations 340
 P. ORTIZ RAMOZ. — L'assistance des malades mentaux chroniques 340
 R. HERNANDEZ RAMIREZ. — Le travail des aliénés du point de vue économique-social ... 341

Thérapeutique.

- NIKOLIC. — Le traitement de l'épilepsie par les vaccins antirabiques 341
 LÉVY-BIANCHINI. — Recherches cliniques sur le

- traitement bromobarbiturique de l'épilepsie par une nouvelle préparation synergique italienne « Brolumin » 341
 S. SŁOMCZYŃSKI. — Du traitement par le sodoku dans les affections méfasyphilitiques ... 342
 I.-M. DERBY. — Influence des groupes sanguins dans l'inoculation de la malaria 342
 E. GELMA et J. FREISSEN. — Contribution à l'histoire de l'impaludation dans la thérapeutique psychiatrique au milieu du XIX^e siècle en Alsace 342
 J.-A. CHAVANY. — La thérapeutique des états parkinsoniens par l'atropine à hautes doses 343
 O. MECO. — Les résultats de la « cure bulgare » dans les maladies nerveuses et particulièrement dans les syndromes encéphalico-parkinsoniens 343
 L. CORNIL, J. PAOLI et J. ALLIEZ. — Considérations sur les effets de la parathyroïdectomie unilatérale dans la maladie de Parkinson 343
 J.-C. PELLERANO et S. SCHERE. — La thyroxine chez l'enfant 344
 A.-R. SALMON. — Le dinitrophénol en thérapeutique 344
 I. FINKELMAN et W.-M. STEPHENS. — Le dinitrophénol dans la démence précoce 344
 J. BÉNECH. — Prophylaxie des accidents dus aux arsénobenzènes. Méthode personnelle ... 344
 A.-M. FIAMBERTI. — Psycho-polynévrite à type pseudo-tabétique consécutive à la thérapeutique aurique 344
 L. WANDER. — Pathogénie et traitement de la migraine avec considération spéciale pour la

(Suite du sommaire, page 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
Malaria-thérapie

—
**MÉDECINS
SPÉCIALISTES**
résidant
au Château

D^r H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

B*

migraine ophtalmoplégique	345	H.-H. REESE, E. MURRAY BURNS et C.-M. RICE. —	
E. GOLDKUHIL. — Contribution à la thérapeuti-		Traitement des myopathies primitives ..	348
que causale de l'accès aigu de migraine	345	R. COLELLA et G. PIZZILLO. — Un nouveau trai-	
G. CARRIÈRE et C. HURIEZ. — Discussion clini-		tement de l'hémorragie cérébrale	348
que et thérapeutique de onze cas de coma		J. CAMESCASSE. — Le tétanos	348
barbiturique dont trois cas mortels malgré			
des injections intraveineuses de strychnine-			
coramine-alcool	345		
R. MASSIÈRE et G. BEAUMONT. — Contribution à			
la physiologie thérapeutique des intoxications			
barbituriques	345		
L. CABITTO. — Injections intrarachidiennes de			
phénolsulfophtaléine dans un but thérapeu-			
tique dans les maladies mentales	346		
A. CRÉMIEUX. — Où doit-on soigner un psycho-			
pathe ?	346		
P. WAHL. — Distractions et travail intellectuel			
dans les asiles d'aliénés	346		
R. DUBOIS et M. DOGNY. — Action de l'hydro-			
thérapie sur le pH urinaire	347		
J. ARCE et M. BALADO. — Traitement chirur-			
gical des tumeurs cérébrales (opérabilité des tu-			
meurs du 3 ^e ventricule)	347		
BEAUSSENAT. — Des résultats heureux de l'inter-			
vention tardive dans les fractures de la base			
du crâne	347		
E.-J. MIEN. — Quelques considérations sur la			
biologie et le traitement des traumatismes du			
cerveau	347		

Médecine légale.

P. CORNIL. — Quelques considérations sur les	
effets de l'emprisonnement	348
E. DE GREFF et R. PETERMANS. — Prison et fa-	
mille	349
N. SEMACHEO. — L'éducation des enfants délin-	
quants dans l'Union des Républiques Socia-	
listes Soviétiques	350
M. MOLITCH. — Post-encéphalite chronique chez	
les délinquants juvéniles	350
H. DAMAYE. — Les persécutés psycho-neurasthé-	
niques ; réactions criminelles	350
C. AINSWORTH MITCHELL. — L'utilisation des	
rayons invisibles en criminologie	350
BADUSCHI et CORBERI. — Simulation et pseudo-	
démence	351
J. SLOSSI. — Traumatisme et goitre exophtal-	
mique	351
H. SEELEBT. — L'expérience pratique de l'activité	
comme expert auprès du tribunal sanitaire	
spécial et de l'application de la loi de stérili-	
sation	352

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :		Asiles publics d'aliénés :	
Séances	353	Nécrologie	353

(Suite du sommaire, page XXIII).

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 (17°)

Médaille d'honneur des épidémies	353	nes atteintes d'affections mentales ...	360
Nominations	354	Hygiène et Prophylaxie :	
Postes vacants	354	Le « Bureau of Human Heredity »	366
Concours pour 2 postes de médecin-chef des		L'examen médical pré-nuptial facultatif ..	367
Asiles de la Seine	354	Création d'un Conseil supérieur de prophylaxie criminelle chargé d'étudier les mesures et les méthodes susceptibles de développer la prévention contre le crime	367
Concours de l'Internat en Médecine des Asiles de la Seine	354	L'hygiène mentale de l'enfance dans le département du Doubs	371
Création d'un second poste de médecin-chef à l'Asile public d'aliénés de St-Alban	357	L'assistance psychiatrique et l'hygiène mentale en Hollande	371
Le département de l'Indre met à l'étude le projet d'un Asile public départemental d'aliénés	357	Réunions et Congrès :	
Assistance :		IV ^e Réunion Européenne d'Hygiène Mentale (Londres, 5-8 octobre 1936)	372
Médaille d'honneur de l'Assistance publique	358	II ^e Congrès International d'Hygiène Mentale (Paris, 19-23 juillet 1937)	373
Inspection générale des Services administratifs	358	XLI ^e Session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française	375
Statut du personnel des Etablissements hospitaliers français	358	XLII ^e Session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française	375
L'application des nouvelles lois sociales et les charges nouvelles qui en sont la conséquence pour les établissements hospitaliers	358	Premier Congrès International de Pyréthérapie (New-York, 30 mars-2 avril 1937)	375
L'application des nouvelles lois sociales dans les maisons de santé privées	359	Université de Bruxelles :	
Cour de Cassation. La correspondance des personnes internées	359	Création d'une chaire de prophylaxie criminelle	376
Le premier Asile d'aliénés à Pékin	360	Université de Lausanne :	
New-York Hospital-Westchester Division.	360	Création d'une deuxième chaire de psychiatrie	376
Législation :			
La nouvelle loi (1936) de la République et Canton de Genève sur le régime des person-			

INFORMATIONS

Prix Adolphe-Courtois	XXIV	XI ^e Congrès International de Psychologie (Madrid, 1937)	XXVII
-----------------------------	------	---	-------

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 : D^r A. Koller — Médecin-Adjoint : D^r Ch. Barbezat

PROSPECTUS

INFORMATIONS

PRIX ADOLPHE COURTOIS

Le Docteur Adolphe Courtois (1903-35) a consacré sa trop courte mais particulièrement féconde activité scientifique à l'étude des maladies mentales à base organique.

Ancien médecin assistant de l'Hôpital Psychiatrique Henri-Rousselle à Paris, Médecin Chef des Asiles publics d'aliénés, il était, lorsqu'une mort brutale vint l'arracher à ses travaux, à l'âge de 32 ans, Médecin-Directeur de l'Asile agricole de Chezal-Benoît (Cher).

Une association, composée de ses Maîtres, de ses collaborateurs et de ses amis, s'est constituée dans le but d'honorer sa mémoire et de perpétuer son œuvre scientifique. Elle vient, dans ce but, de créer un prix scientifique qui sera attribué, en principe, annuellement.

(A suivre, page d'annonces XXV).

-- PRODUITS --
BIOLOGIQUES

CARRION

54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS-8^e

-- ANJOU 36-45 (2 lignes)

ANTASTHÈNE

Glycérophosphates α et β — Extraits opothérapiques

Ampoules — **ASTHÉNIES** — Comprimés

PRIX ADOLPHE COURTOIS

(Suite)

PRIX ADOLPHE COURTOIS 1937 (1.000 FR.)

Ce Prix sera attribué, pour la première fois, en mars 1937, à l'auteur d'un mémoire portant sur le sujet suivant :

Les épines neuro-organiques de l'hystérie

Les candidats n'auront à justifier que de la qualité de docteur ou d'étudiant en médecine.

Les mémoires devront être rédigés en français, et être dactylographiés ou imprimés. Ils devront être, soit inédits, soit publiés postérieurement à la date du 30 juin 1936. Trois exemplaires, portant le nom et l'adresse de l'auteur, devront parvenir, au plus tard le 31 janvier 1937, au Secrétaire général de l'Association (adresse ci-dessous).

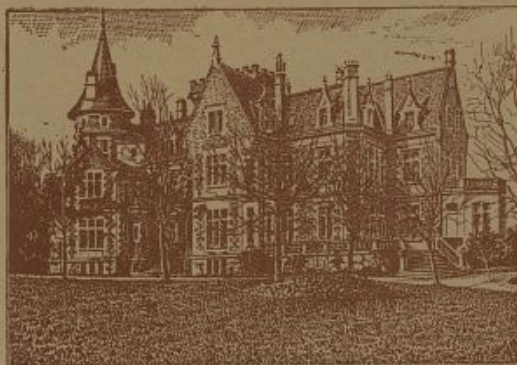
Le jury sera choisi parmi les personnalités les plus marquantes de

(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

PRIX ADOLPHE COURTOIS

(Suite)

la neuro-psychiatrie française. Sa composition sera publiée le 1^{er} février 1937.

Il pourra ne pas attribuer de prix ou le partager en deux parts égales. La somme de mille francs prévue étant décernée par une Association privée n'est sujette à aucune retenue.

La plus grande liberté est laissée aux auteurs quant à la forme et au contenu de leur travail. Mais, dans le but de leur faciliter leurs recherches bibliographiques, particulièrement en ce qui concerne l'œuvre de A. Courtois, le Bureau de l'Association se tient à la disposition des candidats éventuels.

Prière d'adresser les mémoires ainsi que toutes demandes de renseignements au *Secrétaire général* de l'Association des Amis d'Adolphe Courtois, le Docteur Paul SIVADON, Chef de Clinique à la Faculté de Paris, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e).

(A suivre, page d'annonces XXVII).

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-Engbien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Engbien, 7 kilomètres de Paris.

XI^e CONGRES INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE (Madrid 1937)

AVIS IMPORTANT

Le Comité organisateur du XI^e Congrès International de Psychologie, vu la coïncidence de la date de célébration du Congrès de Madrid avec d'autres réunions dans divers pays, et d'autre part en raison de la situation internationale, a cru devoir consulter le Comité Permanent International sur l'opportunité de remettre le Congrès à une date ultérieure. Les réponses ayant été concordantes, la décision a été prise de reporter la célébration du XI^e Congrès International de Psychologie à la fin de juillet 1937.

La date exacte sera fixée dans une prochaine circulaire.

La célébration à Paris en juillet 1937 du II^e Congrès International d'Hygiène Mentale et au commencement d'août du IX^e Congrès Inter-

(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, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémisés, 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 ENTRAÎNEMENT 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 ●

XI^e CONGRES INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE

(Madrid 1937)

(Suite)

national de Philosophie permettra aux assistants à ces congrès qui s'intéressent aux problèmes psychologiques de participer aussi au Congrès de Madrid.

La préparation du Congrès se poursuit au Secrétariat Général. Les communications, rapports, etc., sont reçus et classés en vue de l'impression qui a été prévue et que le sursis permettra de réaliser entièrement.

Pour tous renseignements ultérieurs prière de s'adresser à :
D^r José GERMAIN, *Secrétaire Général* du Congrès, Instituto Nacional de Psicotecnia, Alberto Aguilera, 25, Madrid, Espagne.



VILLA LUNIER à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent D^r 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 1.000 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.000 et 3.000 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —
Téléphone : 2-82.

Médecin en Chef-Directeur : D^r OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

SOMMAIRE DU N° 3 (tome II), OCTOBRE 1936

MÉMOIRES ORIGINAUX

P. JANET. — Le langage intérieur dans l'hallucination psychique.....	377
L.-G. RAFKIN. — Structure, clinique et pathogénie des psychoses exogènes..	387
R. MIGNOT. — L'insuline comme anaphrodisiaque.....	427
L. KANT. — Rêveries d'un visionnaire (Nouvelle traduction française par W. RIESE et A. REQUET).....	433

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 26 octobre 1936

1^{re} SÉANCE

Décès de l'Inspecteur général J. Raynier	466
Décès du Docteur Santin Carlos Rossi.	468
Adoption du procès-verbal	468
Correspondance	468
Election de 3 membres correspondants nationaux	469

Election d'un membre associé étranger	469
Décès du Dr Raymond Mallet	470

2^e SÉANCE

L. MARCHAND et J. DELMOND. — Sur un cas de pyknopsie	470
Th. SIMON. — Généralement appliqués aux enfants les tests pour la mesure du développement de l'intelligence valent-ils pour les adultes ?	474

(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

Annales Médico-Psychologiques.

A.

Th. SIMON. — Faut-il exprimer en années d'âge le niveau mental d'un adulte ? 477
M. DIDE. — Aspects de la gliose sous-optique dans ses rapports avec les étapes des syndromes hétérophréniques et leur curabilité 480

J. BOREL et R. DUTOIR. — Syndrome d'Adie, psychasthénie et tuberculose 485
J. BOREL et AVZINMAN. — Démence précoce transformée en mélancolie au cours d'une fièvre typhoïde 492

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XII^e Congrès Belge de Neurologie et de Psychiatrie

(Corbeek-Loo et Bruxelles, 26 et 27 septembre 1936)

Séance solennelle d'ouverture..... 495

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Ch. ROUVROY. — Les études expérimentales de l'intelligence chez les malades mentaux... 496

RAPPORT DE NEUROLOGIE

L. MASSION-VERNIORY. — Les tumeurs du lobe temporal 497

COMMUNICATIONS

L. VERVAECK. — Existe-t-il un traitement du déséquilibre mental à réactions antisociales ?.. 499

J. PAGE. — Quelques aspects sociaux des maladies mentales 500

H. BERSOT. — Le traitement de la schizophrénie par l'insuline 500

G. BOSCHI. — Les traitements diacéphalorachidiens 500

A. DE WULF. — Etude de la microglie normale chez le singe..... 500

H. BAONVILLE et J. TITEGA. — Le rôle du sevrage alcoolique comme cause occasionnelle de la crise de délirium tremens 501

DE SMETH, DE WULF, DIJCKMANS et L. VAN BOGAERT. — Quatre observations de maladie de Friedreich avec troubles mentaux..... 501

DE VOS. — Réflexions sur une observation anatomo-clinique de chorée de Huntington.. 501

DAGNÉLIE. — Contribution clinique à l'étude de l'encéphalopathie vaccinale 501

(Suite du sommaire, page IV).

CHATEAU

DE

L'HAY-LES-ROSES

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



INSTALLATION
DE
premier ordre
Notice sur demande
2, rue Dispan

L'HAY-
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 D^r 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 :

D^r FILLASSIER O. * ✻ D^r DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

BRUN. — Hallucinations olfactives dans deux cas de tumeurs du lobe temporal.....	501	involontaires dans l'épilepsie partielle continue (Kojewnikoff)	503
BARRÉ. — Troubles cochléo-vestibulaires dans les tumeurs du lobe temporal.....	502	VAN GEUCHTEN et P. CALLEWAERT. — Trois cas de tumeurs de la région épiphysaire.....	504
DIVRY et EVRARD. — Spasme de torsion post-encéphalitique. Etude anatomo-clinique..	502	LEROY. — Tumeurs cérébrales multiples et troubles mentaux	504
DUJARDIN et FRIART. — Arthrites et arthropathies au cours de la syphilis nerveuse.....	502	SCHERER et DE BUSSCHER. — Sur une forme particulière de gliomatose périvasculaire.....	504
NYSSSEN et L. VAN BOGAERT. — A propos du parkinsonisme d'origine toxique.....	503	H. CALLEWAERT. — Classification physiologique des écritures ; son utilité en médecine légale	504
R. DELLAERT, E. DE SMETH et L. VAN BOGAERT. — Contribution à la sémiologie des mouvements			

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Histoire de la neuro-psychiatrie.

A. SOUQUES. — Etapes de la neurologie dans l'antiquité grecque (d'Homère à Gallien).....	505
--	-----

Psychiatrie.

N. ROJAS. — Préjugés sur la folie.....	507
J. VINCHON. — Les névroses.....	507
A. BUVAT-COTTIN. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanies. Leur lien avec les maladies mentales.....	508

J. EDERT. — Les délires imaginatifs envisagés plus spécialement dans les états de désagrégation psychique	509
---	-----

N. SPIJER. — Contribution à la connaissance des bases énergétiques et psychologiques du suicide	510
---	-----

Neurologie.

H. ROGER et J. OLMER. — Les syndromes neuro-hématiques	510
E. GRÜNTAL. — Le diagnostic de la lésion cérébrale dans les traumatismes crâniens.....	511

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre — Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : D^r Paul CARRETTE

Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition



Psycho-
névroses
Intoxica-
tions
Convales-
cences

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.)

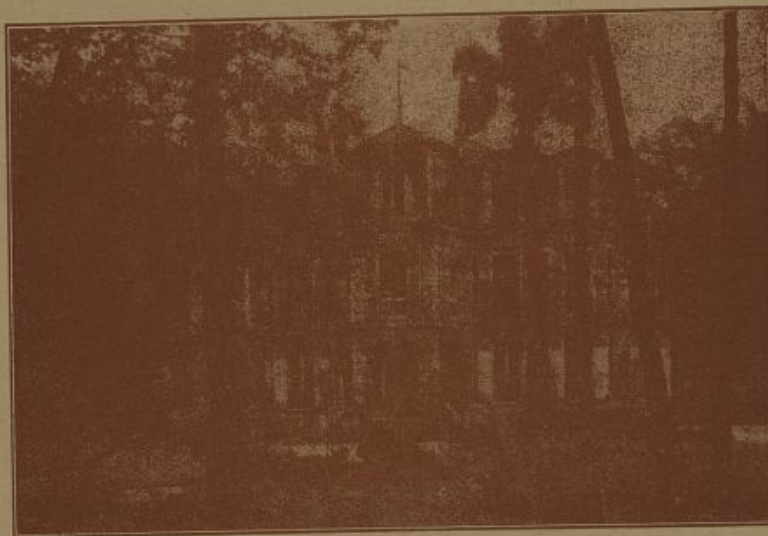
40, Avenue Horace Vernet

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

Biologie.

- H. HERMANN. — La vie sans moelle épinière 512
P. DELORE. — Tendances de la Médecine contemporaine. La Médecine à la croisée des chemins 514

Thérapeutique.

- E. MONIZ. — Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses..... 515

Médecine légale.

- M. DUVAL. — Religion, superstition et criminalité ; essai philosophique sur la criminalité superstitieuse 516

JOURNAUX ET REVUES

Neuro-psychiatrie.

- E. WITKOWER. — Etude de l'influence des émotions sur les fonctions des organes chez les sujets normaux et dans les névroses..... 517
J.-C. WHITEHORN, M.-R. KAUFMAN et J.-M. THOMAS. — Etat du cœur par rapport aux perturbations émotives 517

- Ch. ROSENBAUCH. — L'angine de poitrine et ses relations avec les syndromes angiospastiques 518
P. DORVILLE. — Etude du tonus neuro-végétatif chez l'Annamite (100 tests atropine-orthostatisme) 518
J.-S. GOTTLIEB et F.-E. LINDER. — Température du corps chez les schizophrènes et les sujets normaux. Effets des modifications de la température environnante 518
A. VITELLO. — Les glandes salivaires dans les maladies mentales 518
A. STIEF et M. CSAGHY-DANCZ. — Contribution au problème de la localisation de l'écriture en miroir 519
A.-B. MARFAN. — Sur une forme de céphalée habituelle des écoliers 519
J.-A. CHAVANY. — A propos d'un cas de pupillotonie (syndrome d'Adie) 519
E. SOBOL. — De l'apraxie de construction.. 519
A. SUBIRANA. — Le diagnostic des tumeurs cérébrales. Les néoplasies encéphaliques qui se dissimulent sous l'aspect d'autres processus pathologiques 520
I. STRAUSS et M. KESCHNER. — Troubles mentaux dans les tumeurs du lobe frontal ... 520
I. CONSTANTINESCO, D. BAGDARSON et D. CONSTANTINESCO. — Troubles mentaux dans un cas de

(Suite du sommaire page VIII).

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-REMY

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 -- --
-- **D^r P. ALLAMAGNY** --

avec la collaboration du D^r VIGNAUD,
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

- tumeur du lobe frontal droit (intervention chirurgicale, guérison) 521
- J. GERSTMANN. — Contribution à la symptomatologie des affections du lobe préfrontal.. 521
- L. BABONNIER. — Mongolisme et syphilis congénitale 521
- C. MENNINGER. — Etudes sur la paralysie neurosyphilitique juvénile 522
- L. VAN BOGAERT. — Contribution à la question de la neurosyphilis congénitale et plus particulièrement de ses formes paralytiques.... 522
- P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO. — Recherches cliniques et anatomiques sur l'ictus de la paralysie générale 523
- G. GUILLAIN. — Les syndromes parkinsoniens d'origine syphilitique 523
- W.-L. BRUETSCH et M. DE ARMOND. — Le syndrome parkinsonien post-traumatique.... 523
- B. BORNSTEIN. — Le problème de la narcolepsie 523
- E. ZARA. — Sclérose en plaques et troubles mentaux 524
- Ph. HASELAGER. — Psychose symptomatique dans la maladie de Recklinghausen 524
- N.-M. KROL. — De la spécificité du syndrome affectif dans la rage 524
- A.-M. VEGER. — Les affections de la sphère neuropsychique et leur spécificité dans les intoxications par l'oxyde de carbone, le plomb, le mercure, le benzol et ses dérivés..... 524
- L. STERLING, L. PRUSSAK et M. WOLFF. — Le signe de Mees et sa modification de démarcation par compression au cours des polynévrites.. 525
- D. SARIC. — Polynévrite après intoxication par le gaz d'éclairage..... 525
- E.-G. GOBRONIDZE. — La clinique des psychoses pellagriques 525
- W.-C. MENNINGER. — Les inter-relations des désordres mentaux et du diabète sucré.... 526
- L. RAMOND. — Syndrome neuro-anémique.. 526
- A.-J. ROSANOFF et L.-M. HANDY. — Chorée de Huntington chez des jumeaux 526
- DÉRÉVICI et L. SMILOVICI. — Maladie de Raynaud et paralysie générale 527
- P. HARTENBERG. — La frigidité féminine... 527
- M.-A. KENNARD. — Troubles vaso-moteurs résultant de lésions corticales..... 527
- J.-W. WATTS et C.-H. FRAZIER. — Epilepsie autonome corticale 528
- F. BRAUN. — Pathogénie, clinique et thérapeutique de l'épilepsie..... 528
- L. MARCHAND. — Les auras épileptiques psychiques 529
- M. LEVIN. — Le « délire de rêve » considéré comme aura épileptique. Les manifestations

(Suite du sommaire page X).

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
D^{rs} 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
17 - 18 - 19 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 126

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
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la
NUTRITION

Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie.

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans
la suppression des bruits.

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux
familles.

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre.

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.
Laboratoires d'analyses.

Distractions Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Tous les sports Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite.

Administrateur Directeur : I. TARTAKOWSKY

mentales initiales dans l'épilepsie convulsive	529	H. CODET. — L'hystérie, mode de réaction psychique	533
R. MARTINSEN. — Quelques réactions vasculaires chez les épileptiques	529	L. BALLIF et Z. CARAMAN. — Considérations sur trois cas d'hystérie	533
E. PUMPIAN-MINDLIN. — Etude de l'évaluation consciente du temps chez les normaux et chez les déments épileptiques	529	L. SZONDI. — La névrose à la lumière des recherches psychanalytiques, neuroendocriniennes et hérédopathologiques ; confrontation des trois tendances	533
D.-E. DONLEY. — Hémiatrophie faciale associée avec l'épilepsie	530	F. GORRITI. — Le « Baldéisme », sa situation nosographique et son traitement	534
J.-A. CHAVANY. — Tumeur cérébrale avec épilepsie bravaïs-jacksonienne chez un syphilitique	530	LAIGNEL-LAVASTINE. — Fréquence de l'hyperextension des coudes chez les psychasthéniques	534
M. LAMBE. — Diabète et épilepsie	530		
ALEXANDER et J. TITECA. — L'épilepsie post-malariaithérapique	531	Psychologie.	
J. TAS. — Sur l'épilepsie réflexe	531	H. PIÉRON. — Le processus du métacontraste	535
E. PHILAZ. — Etat de mal épileptique par hémorragie sous-arachnoïdienne secondaire à l'alcoolisme aigu chez un enfant	531	A. SPAIER. — La nature et les éléments psychiques de l'habitude	535
R.-H. GUTHRIE et W.-M. LEROVITZ. — Epilepsie chez des jumeaux identiques	532	E. SIGNORET. — Sur la mémoire affective ..	535
V. HENDRIKSEN. — Enquête catamnétique pour éclaircir le problème des rapports entre la tétanie infantile et l'épilepsie	532	Psychanalyse.	
M. WOLF et W. STEIN. — Syndrome migraineux-tétanique avec symptômes de grande hystérie	532	G.-R. LAFORA. — Interprétations psychanalytiques de la jalousie	535
H. EX. — L'hystérie	532	A. GARMA. — Paranoïa et homosexualité ..	536
		R. LAFORGUE. — Contribution à l'étude de la schizophrénie	536

(Suite du sommaire, page XII).

CLINIQUE « LA MÉTAIRIE »

-- -- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. Nyon 95.626 -- --



TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES. TOUTES DÉSINTOXI-
CATIONS. CONVALESCENCES ET RÉ-
GIMES. CURES DE REPOS ET D'ISO-
LEMENT. SÉJOURS D'OBSERVATION

EXAMENS ET EXPERTISES NEUROLOGIQUES
ET PSYCHOLOGIQUES DANS INSTITUT SPÉCIALISÉ

-- -- Consultations tous les jours. -- --
D^r GUILLEREY, Médecin Directeur
(Consultations à Lausanne, Grand-Chêne, 2, lundi
et jeudi sur rendez-vous. Tél. : Lausanne 32.434).
D^r Duby, D^r Calame, Médecin consultant :
Professeur d'Université D^r O. Löwenstein.

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --
Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malarithérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

||| -- -- Divers ateliers très bien installés -- -- |||
Etudes et leçons particulières dans l'établissement
-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

*Prix de pension variant suivant la nature du traitement
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 25 par jour)*

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :
RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { Administration : Nyon 95.442
Service Médical : Nyon 95.441
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecins-chefs { D^r O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève ;
D^r R. de SAUSSURE, Privat-Docent à l'Université de Genève.

Anatomie.

- M. MINKOWSKI. — Anatomie pathologique de l'épilepsie 536

Biologie.

- A. BRUNO. — La réaction de Takata-Ara dans les maladies mentales 537
 I. ANZALDI. — Expériences sur la perméabilité méningée 537
 G. BASCH. — De la ponction sous-occipitale (à propos de 110 cas personnels) 538
 S. ARANHA DE MOURA. — La ponction atlo-axoïdale directe. Sa technique et ses avantages dans l'injection du Ipiodol 538
 A. MÖLLER. — Quelques expériences avec la mescaline 538
 V.-V. BRAILOWSKI et N.-G. PONIROWSKI. — Contribution à l'étude du mécanisme de l'action de l'atropine sur le système nerveux .. 539
 R.-O. STERN. — L'achlorhydrie dans les psychoses et plus spécialement dans les cas d'anémie 540
 G. LAVITOLA. — La neuroanémie expérimentale 540

- S. SCHÖNAUER. — Recherches expérimentales sur les effets physio-pathologiques de la musique 540
 L. BALLIF et I. GHERSCOVICI. — L'équilibre acido-basique dans la tétanie 540
 E. OLIVARES et B. LLOPIS. — L'épreuve du rouge Congo dans la schizophrénie 540

Thérapeutique.

- LAIGNEL-LAVASTINE et N. T. KORESSIOS. — Les lignes directrices du traitement des algies en général par le venin de cobra 541
 R. MORICHAU-BEAUCHANT. — Le traitement des vomissements nerveux incoercibles par la faim et par la soif 541
 A. STIEP-SZEGED. — Contribution à la question de la thérapeutique hormonale intrarachidienne 541
 R. W. WHITEHEAD et E.-E. Mc NIEL. — Les effets thérapeutiques des préparations d'hormones œstrogènes dans certains cas d'épilepsie idiopathique et de migraine 542
 E. PELAZ. — La diète cétogène dans le traitement de l'épilepsie essentielle infantile 542
 F. GUERNER. — L'ionisation transcérébrale iodurée dans l'épilepsie 542

(Suite du sommaire, page XIV).

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
 POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D^{re} H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

1, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

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

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :		Concours de l'Internat en Médecine des Asiles de la Seine	545
Séances	543	Hygiène et Prophylaxie :	
Néerologie	543	Prophylaxie mentale par l'Eugénisme..	546
Prix de la Société Médico-Psychologique.	544	La prophylaxie de l'enfance anormale en France	549
Asiles publics d'aliénés :		Comité de recherches sur la stérilisation.	550
Légion d'honneur	544	La castration volontaire pour les délinquants sexuels en Allemagne	552
Médailles d'honneur de l'Assistance publique	544	Réunions et Congrès :	
Distinctions honorifiques étrangères ..	544	II ^e Congrès International d'Hygiène Mentale (Paris, 19-23 juillet 1937)	551
Nominations	544	Université de Bruxelles :	
Postes vacants	545	Faculté de Médecine	552
Limite d'âge des médecins des asiles publics d'aliénés	545		
Bourse de voyage de l'Association Amicale des Internes et anciens internes des Asiles publics du département de la Seine	545		

INFORMATIONS

XXIV^e Congrès français de Médecine XVIII | Vacances de Noël sur la Côte d'Azur .. 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**

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillérées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës 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.
Déméralisation.
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, 1 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, 1 à 3 fois par jour
entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHINE

Polonovski et Nitzberg

ou
Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GÉNOMORPHINE

Polonovski et Nitzberg

En comprimés dosés à 2 Ctgrs (1 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
(BOÎTES DE 5 AMPOULES)

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN-GOUJON PARIS 18^e



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).

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

XXIV^e CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE

Ce Congrès se tiendra à *Paris*, du *lundi 12* au *mercredi 14 octobre 1936*, sous la présidence de M. le Professeur Marcel LABBÉ.

Le Bureau du Congrès est ainsi composé : *Président* : M. le Professeur Marcel LABBÉ, 158, rue de Rivoli, Paris (I^{er}). — *Vice-Présidents* : M. le Professeur Antoine CLERC ; M. le médecin général inspecteur ROUVILLOIS ; M. le médecin général OUDARD. — *Secrétaire général* : M. le Professeur HARVIER, 1, rue du Bac, Paris (VII^e). — *Secrétaires adjoints* : M. R. BOULIN, 47, rue de Courcelles, Paris (VIII^e) et M. JUSTIN-BESANÇON, 2, rue Guynemer, Paris (VI^e). — *Trésoriers* : M. D. TROISIER, 32, rue Jouvenel, Paris (XVI^e) et M. Georges MASSON, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

PROGRAMME SCIENTIFIQUE. — Trois questions feront l'objet des travaux du Congrès : 1° *Les méningites aiguës curables* ; 2° *les syndromes parathyroïdiens* ; 3° *les médications du sympathique*.

(A suivre, page d'annonces XIX).

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

D^{rs} H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

XXIV^e CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE

(Suite)

La séance solennelle d'ouverture se tiendra au Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, le lundi 12 octobre à 9 h. 30 du matin, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale. — Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 30, les après-midi à 3 heures, à la Faculté.

Lundi 12 octobre, à 10 h. 30. Rapports sur la première question : *Méningites aiguës curables*. — Rapporteurs : M. ROCH (Genève) : Les méningites aiguës curables de l'adulte. — MM. LESNÉ (Paris) et BOQUIEN : Les méningites aiguës curables de l'enfant. — M. R. CRUCHET (Bordeaux) : La méningite tuberculeuse est-elle curable ?

Lundi 12 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la première question.

Mardi 13 octobre, à 9 h. 30 : Rapports sur la deuxième question : *Les syndromes parathyroïdiens*. Rapporteurs : M. SNAPPER (Amsterdam) : Du rôle des parathyroïdes dans la pathologie des os. — MM. BÉRARD et M. HENRY (Lyon) : La tétanie parathyréoprive. — M. CORYN

(A suivre, page d'annonces XX).

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.

XXIV CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE

(Suite)

(Bruxelles) : Du rôle des glandes endocrines (parathyroïdes exceptées) dans la pathologie des os.

Mardi 13 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 14 octobre, à 9 h. 30. Rapports sur la troisième question : *Les médications du sympathique*. Rapporteurs : Mlle JEANNE-LÉVY et M. JUSTIN-BESANÇON (Paris) : Les médicaments sympathicolytiques. — M. WANGERMEZ (Bordeaux) : Physiothérapie du sympathique. — MM. GOUIN et BIENVENUE (Brest) : Radiothérapie du sympathique. — M. LAIGNEL-LAVASTINE (Paris) : Traitement médical des affections sympathiques abdominales (pelvis exclus). — M. E. MAY (Paris) : Traitement médical des troubles neuro-végétatifs diffus d'origine non endocrinienne.

Mercredi 14 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la troisième question.

(A suivre, page d'annonces XXII).

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 HONESTIER**, 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, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémisés, 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 ENTRAÎNEMENT 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 ●

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-Grenob'le

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

(Thiosulfate magnésien)

ab ore
voie veineuse
voie musculaire

Le meilleur des Borico-alcalins :

BOROSODINE LUMIÈRE

Littérature et Echantillons :

LABORATOIRES LUMIÈRE, 45, Rue Villon, LYON

B*

XXIV^e CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE

(Suite)

PROGRAMME DES RÉCEPTIONS. — Lundi 12 octobre, Séance d'ouverture à 9 h. 30 : Faculté de Médecine, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale. — Mardi 13 octobre, à 17 heures : Réception à l'Hôtel de Ville offerte aux congressistes et à leur famille par M. le Président du Conseil municipal (audition musicale). — Mardi 13 octobre, à 21 h. 30 : Réception offerte par M. le Président du Congrès. — Mercredi 14 octobre, à 20 heures : Banquet par souscription.

Un Comité des Dames s'occupera des familles des congressistes et s'efforcera de leur organiser un emploi du temps agréable.

EXCURSIONS. — Pendant les jours qui suivent le Congrès, des excursions et visites seront organisées.

RENSEIGNEMENTS, VOYAGES, LOGEMENTS. — Un bureau de renseignements est, dès maintenant, organisé pour donner, de vive voix et par

(A suivre, page d'annonces XXIII).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.



XXIV^e CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE

(Suite)

correspondance, toutes les indications utiles aux congressistes, régulièrement inscrits. Ce service a été confié au Bureau des voyages pratiques Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris (1^{er}).

Pendant la durée du Congrès, le Bureau du tourisme assurera, pour les passeports, un service spécial de visas. Le change de toutes les monnaies aux cours normaux.

Les Compagnies de chemins de fer français accordent le demi-tarif sur leurs réseaux aux congressistes ; ceux qui désirent en profiter sont priés de s'adresser au trésorier, M. G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

Une liste d'hôtels de Paris, avec l'indication de leurs prix, sera envoyée aux congressistes par le Bureau Exprinter.

Secrétariat — Le secrétariat du Congrès se tiendra à la Faculté de Médecine, salle Béclard, rue de l'Ecole-de-Médecine, où les congressistes pourront retirer les enveloppes contenant les invitations et les documents divers, ainsi que la correspondance les concernant.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

**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

VACANCES DE NOEL SUR LA COTE D'AZUR

Le quatorzième voyage médical international de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la Société Médicale du Littoral Méditerranéen, aura lieu du 26 décembre au 2 janvier. La concentration se fera à Nice, le samedi 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 climatique, avec le château de Grimaldi, le laboratoire du docteur Voronoff et le Cap-Martin. Ils seront ensuite les hôtes de la Principauté de Monaco, avec son musée océanographique unique dans le monde, ses jardins tropicaux et le palais de ses princes. Une réception leur sera offerte par le gouvernement. Puis ils verront Monte-Carlo et son casino, Beaulieu et sa flore tropicale, Villefranche et sa rade, le Mont Boron avec son inoubliable panorama.

Le 30 décembre, ils parcourront Cagnes, la cité des peintres, Vence et ses sanatoria, Grasse, fabrique de parfums et centre climatique de

(A suivre, page d'annonces XXVI).

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

(Crataegus -- 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 (17^e)



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



● **D^r Marcel DHERS**

◆
Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos ~~~~~
de Régimes ~

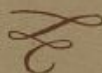
~~~~~  
Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences  
●



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

# NEURINASE

*amorce le  
sommeil naturel*



**Insomnie**  
Troubles nerveux

*Ech<sup>ons</sup> & Littérature*  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER  
2 Rue du Débarcadère PARIS

## VACANCES DE NOEL SUR LA COTE D'AZUR

(Suite)

la zone intérieure. La journée du 31 décembre sera consacrée à la visite du Cannel, 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'Azur, de Hyères à Menton.

Le 1<sup>er</sup> 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, puis une soirée de gala, offerte par la municipalité, terminera ce beau voyage, où les réceptions luxueuses alterneront avec les démonstrations scientifiques, dans le cadre magique des plus beaux paysages du monde.

Les trente-trois années d'expérience de la Société organisatrice assurent à ces parcours une technique, une économie et un luxe indiscutés. La direction scientifique du voyage sera, comme de coutume, confiée à des professeurs. Des médecins, des historiens, des naturalistes, spécialisés dans l'étude de la région et des monuments

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

## NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

### RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ  
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL  
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT  
NEURASTHÉNIQUE

6, rue Abel - PARIS (12<sup>e</sup>)



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



## 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 : D<sup>r</sup> A. Koller — Médecin-Adjoint : D<sup>r</sup> Ch. Barbezat

PROSPECTUS

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le D<sup>r</sup> 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.

## VACANCES DE NOEL SUR LA COTE D'AZUR

(Suite)

visités, assureront les explications nécessaires. Tous les parcours seront effectués en autocars de luxe et les logements seront réservés dans les meilleurs hôtels. Les médecins et leurs femmes, les étudiants en médecine, recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif, valables durant un mois sur les chemins de fer français. Les adhérents qui ne voudront point assister au voyage entier, pourront se joindre à une partie seulement et bénéficier d'une réduction correspondante de la cotisation.

A l'occasion du voyage, de magnifiques excursions auront lieu dans les Alpes (sports d'hiver), dans l'Estérel (Fréjus et ses ruines romaines, Saint-Raphaël, sa plage et ses maisons d'enfants), en Corse, l'antique Cynnos, Ile de Beauté, à partir du 2 janvier. Des séjours prolongés sur la Côte d'Azur seront mis aussi à la disposition des adhérents, dans les stations de leur choix.

Ecrire, dès à présent, au Secrétariat de la Société Médicale, 24, rue Verdi, à Nice, pour renseignements complémentaires.



### VILLA LUNIER à BLOIS

**consacrée aux maladies mentales**

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D<sup>r</sup> 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 : D<sup>r</sup> OLIVIER**

**Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ**



## SOMMAIRE DU N° 4 (tome II), NOVEMBRE 1936

### MÉMOIRES ORIGINAUX:

- I. KANT. — Rêveries d'un visionnaire (*suite*) (Nouvelle traduction française par W. RIESE et A. REQUET)..... 553
- ARTUR, BOUCHER et COULONJOU. — Contribution à l'étude de la polypeptidémie en clinique neuro-psychiatrique..... 572
- J. TITECA. — A propos d'un cas d'intoxication oxycarbonée. (Discussion du rôle possible des hémorragies méningées tardives dans le déterminisme des psychoses post-intervallaires)..... 595
- C. WIZE. — Culture et psychopathologie..... 609

(Suite du sommaire, page II).

### MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre — Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BUSSARD

MÉDECIN ASSISTANT : D<sup>r</sup> Paul CARRETTE

✻  
Maladies  
du  
Système  
nerveux  
et de la  
Nutrition  
✻



Psycho-  
névroses  
✻  
Intoxica-  
tions  
✻  
Convales-  
cences

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.

Annales Médico-Psychologiques.

A.

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 12 novembre 1936

- L. MARCHAND, J. GOLSE et J. DELMOND. — Automatismes ambulatoires épileptiques avec exhibitionnisme, sans concomitants convulsifs ..... 615
- J. DELMOND et J. GOLSE. — Vagabondage avec condamnation ; psychose paranoïde. 618
- ROQUES DE FURSAC, H. ABÉLY, FRÉRET et RALU. — Les mères, bourreaux de leurs enfants, reconnues aliénées ..... 621
- G. DAUMÉZON. — Maladie de Parkinson et paraphrénie ..... 629
- R. DUPOUY et J. ROYER. — Un cas de paralysie générale juvénile ..... 634
- G. BOURGUIGNON. — Chronaxies vestibulaires et chronaxies optiques dans deux cas d'hallucinations auditives et un cas d'hallucinations visuelles ..... 637

Séance du lundi 23 novembre 1936

- Décès du D<sup>r</sup> Raymond Mallet ..... 646
- Adoption du procès-verbal ..... 648
- Correspondance ..... 648
- Election d'un membre correspondant national ..... 648
- Election d'un membre associé étranger 649
- Déclaration de vacances de 3 places de membre titulaire ..... 649
- MÜLLER. — Le traitement de la schizophrénie par l'insuline ..... 649
- H. SCHMID. — L'histopathologie du choc insulinaire ..... 658
- H. BERSOT. — Le syndrome neurologique du choc insulinaire ..... 665
- P. GUIRAUD et C.-H. NODET. — Principes et technique de l'insulinothérapie .... 670
- H. CLAUDE et P. RUBENOVITCH. — Traitement

(Suite du sommaire, page IV).

## CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES

DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
MÉDECIN-ADJOINT : D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



INSTALLATION  
DE  
premier ordre  
Notice sur demande  
2, rue Dispan  
L'HAY-LES-ROSES  
(SEINE)  
TÉLÉPHONE : 6

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 D<sup>r</sup> 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 :

D<sup>r</sup> FILLASSIER O. \*    D<sup>r</sup> DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

|                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| de la schizophrénie par le choc insulini-<br>que .....                                                 | 676 |
| E. BAUEN. — Essais de traitement des affec-<br>tions schizophréniques par la méthode<br>de Sakel ..... | 682 |
| J. TRILLOT. — Troubles mentaux survenus à<br>la période d'incubation d'une infection                   |     |

|                                                                                                                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| paludéenne. Guérison par la quinine                                                                                                                                                                                    | 698 |
| H. BARUK et Ch. MASSAUT. — Action physio-<br>logique expérimentale et clinique du sco-<br>pochloralose. Scopolochloralose et bulbo-<br>capnine. Applications à quelques problè-<br>mes de la catatonie expérimentale.. | 702 |

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 5 novembre 1936

|                                                                                                                                                                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Th. ALAOUANINE et Th. HORNET. — Atrophie céré-<br>belleuse syphilitique et syphilis cérébrale. (Étu-<br>de anatomo-clinique) .....                                                                                        | 713 |
| J. LHERMITTE et AJURIAGUERRA. — La myélite<br>extensive du zona .....                                                                                                                                                     | 713 |
| G. GUILLAIN et Y. BERTRAND. — Etude anatomo-<br>pathologique de deux cas de radiculo-névrite,<br>le premier survenu au cours d'une intoxication<br>mercurielle aiguë, le second d'origine infec-<br>tieuse probable ..... | 714 |

|                                                                                                                                                    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| P.-R. EIZE. — Deux cas d'encéphalopathie congé-<br>nitale avec réflexes profonds du cou et synecy-<br>nésie instinctive particulière .....         | 714 |
| G. GUILLAIN, I. BERTRAND et R. MESSIMY. — Sté-<br>nose de l'aqueduc de Sylvius par une tumeur<br>très limitée .....                                | 714 |
| G. MARINESCO, N. JONESCO-SINESTI et Th. HORNET.<br>— Nystagmus vélo-palatin à la suite d'une lésion<br>récente du faisceau central de la calotte.. | 715 |
| J. LHERMITTE et BINEAU. — De la qualité des émo-<br>tions déterminantes des attaques de cataplep-<br>sie .....                                     | 715 |

(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 VÉSINET 12

|                                                                                                                                                                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| J.-A. CHAVANY, M. DAVID et F. THIÉBAUT. — Compression médullaire dorsale supérieure chez une femme de 73 ans atteinte de maladie de Recklinghausen. Guérison de la paraplégie après ablation de deux petits méningiomes..... | 715 |
| WILLIAMS. — Obsessions after midlife.....                                                                                                                                                                                    | 716 |
| Th. ALAJOUANINE et THUREL. — A propos de mouvements involontaires.....                                                                                                                                                       | 716 |
| PUECH, R. THOMAS et M. BRUN. — Abscès frontal droit encapsulé à staphylocoques dorés consécutifs à une infection sinuso-ethmoïdale. Ablation d'un seul bloc de l'abcès après amputation du pôle frontal. Guérison.....       | 716 |
| F. THIÉBAUT, M. DAVID et L. GUILLAUMAT. — Hématome sous-dural droit post-traumatique....                                                                                                                                     | 716 |
| P. PUECH, MAHOUDEAU et H. ASKÉNASY. — A propos de l'ablation d'un seul bloc des abcès encapsulés du cervelet.....                                                                                                            | 716 |
| J. FROMENT. — Où en est la question de l'hystérie ? .....                                                                                                                                                                    | 716 |
| BOISSEAU. — A propos de trois confessions sincères d'hystérique, Hystérie et simulation.                                                                                                                                     | 717 |

## Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 24 octobre 1936

|                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. LEY. — Produit incestueux dans une famille comportant trois générations de débiles mentaux ..... | 717 |
| WESTERMAN-HOLSTIJN. — Genèse et guérison d'une phobie infantine.....                                | 718 |

## Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance du 24 octobre 1936

|                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| SCHERER et DE BUSSCHER. — Sur une forme particulière de gliomatose périvasculaire..... | 718 |
| ANDERSEN. — Métastase cérébrale du cancer pulmonaire .....                             | 719 |
| RADERMAECKER. — Troubles mentaux consécutifs à une commotion cérébrale avec gliome..   | 719 |
| HUBIN. — Tumeur du rocher et de la région temporo-pariétale .....                      | 719 |

(Suite du sommaire page VIII).

## 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<sup>e</sup>), chez le D<sup>r</sup> Paul-Boncour. *Téléphone : Ellysées 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<sup>r</sup> Paul-Boncour, O. \* et G. Albouy.



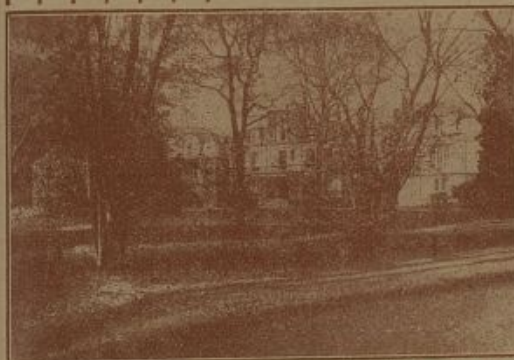


# SAINT-REMY

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 -- --

-- **D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY** --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
-- -- et d'un médecin assistant -- --

# ANALYSES

## JOURNAUX ET REVUES

### Psychiatrie.

- R. MALLET. — Le terrain organique de l'obsession ..... 720
- M. MACGRENZIE. — Contribution de Jung à la psychiatrie clinique..... 720
- M.-T. MOORE, D. NATHAN, A.-R. ELLIOTT et Ch. LAUBACH. — Etudes encéphalographiques dans les maladies mentales..... 720
- E. STRANSKY. — Courbes de rendement obtenues par la méthode des tests chez les normaux, les psychopathes constitutionnels et les malades mentaux (maniques-dépressifs et schizophrènes) ..... 721
- H. DELGADO. — L'hérédité dans les troubles mentaux ..... 721
- LOGRE. — A propos du pronostic dans l'œuvre de Magnan ..... 722
- J. LÉVY-VALENSI. — Inspirés et théomanes... 722
- P.-J. REITER. — De l'état actuel du problème de la paranoïa en considérant spécialement la paranoïa caractérogène..... 722
- J. ROUBINOVITCH. — La paranoïa précoce.... 722
- A. SILVEIRA. — Syndrome d'automatisme mental de Clérambault ..... 722
- W. LOPEZ-ALBO. — Deux cas de folie à deux combinée ..... 722
- G.-R. LAFORA. — La presbyophrénie sans fabrication ..... 724
- R. FLEMING. — Un concept psychiatrique de l'intoxication alcoolique aiguë..... 724
- L. MARCHAND, A. COURTOIS et P. SIVADON. — L'encéphalite psychosique aiguë puerpérale... 724
- K.-M. BOWMAN. — Psychoses avec anémie pernicieuse ..... 725
- E.-D. BOND et L.-H. SMITH. — Troubles du comportement post-encéphaliques ..... 725
- D.-S. SVETLOV. — Contribution à la clinique et à la pathophysiologie des « psychoses exogènes » ..... 726
- Ch. ROGGENBAU. — Des troubles somatiques dans les psychoses endogènes et de leur valeur au point de vue du diagnostic différentiel... 726
- G. ZILBOORG. — Quelques aspects physiques des maladies mentales ..... 726
- TRAMER. — La psychiatrie infantile comme spé-

(Suite du sommaire page X).

# 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 m<sup>2</sup>. 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

D<sup>rs</sup> 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



# 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  
es maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la  
==== NUTRITION =====

## Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-  
trothérapie. Radiologie.

## Dans le parc : Les Hôtels

### HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de  
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans  
la suppression des bruits.

### HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

### LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux  
familles.

### LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des  
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés  
avec orchestre.

### MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.  
Laboratoires d'analyses.

## Distractions

## Tous les sports

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.  
du lac). Pêche à la truite.

Administrateur Directeur : I. TARTAKOWSKY

|                                                                                                                                                 |     |                                                                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| cialité médicale et notre <i>Journal de Psychiatrie infantile</i> .....                                                                         | 727 | G. HEUYER et DUBLINEAU. — Les poussées évolutives de la démence précoce et les délires des dégénérés de Magnan.....     | 728 |
| J. WINTSCH. — Le dessin comme témoin du développement mental.....                                                                               | 727 | E. IRAZOQUI-VILLALONGA. — Délimitation actuelle du groupe des schizophrénies.....                                       | 731 |
| TRAMER. — Du rapport chronologique entre la puberté physique et la puberté psychique .....                                                      | 727 | J. DUBLINEAU. — Signification psychopathologique de la schizophrénie.....                                               | 731 |
| I. WINTSCH. — Le dépistage précoce des oligophrènes .....                                                                                       | 728 | GROTHJAHN. — Contribution à la clinique et à la psychologie de la paralysie générale juvénile .....                     | 731 |
| H. GOLDBLADT et M. FLEISER. — De la structure du corps et du caractère dans l'épilepsie symptomatique chez les enfants et les adolescents ..... | 728 | E. IRAZOQUI. — L'hallucinosité dans la paralysie générale progressive.....                                              | 732 |
| H. CHRISTOFFEL. — Contribution à la biologie de l'énurésie .....                                                                                | 728 | E. RODRIGUEZ-DARIAS et C. RODRIGUEZ-CUEVILLAS. — Renseignements statistiques sur la paralysie générale progressive..... | 732 |
| E. GLANZMANN. — Contribution à la psychopathologie de l'encoprésie .....                                                                        | 729 |                                                                                                                         |     |
| E. STERN. — Contribution au diagnostic de la syphilis héréditaire en neuro-psychiatrie infantile .....                                          | 729 |                                                                                                                         |     |
| G. SSOUHAREVA et D. EINHORN. — Les phénomènes psychiques résiduels chez les enfants après lésions traumatiques de la tête.....                  | 729 |                                                                                                                         |     |
| EMMA. — A propos de l'héboïdophrénie.....                                                                                                       | 730 |                                                                                                                         |     |
| A. RODIER et S. QUENON. — La part de l'hérédité dans l'apparition de la démence précoce..                                                       | 730 |                                                                                                                         |     |
| M. FONTANA. — Traumatisme et démence précoce .....                                                                                              | 730 |                                                                                                                         |     |

#### Neurologie.

|                                                                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. THOMAS. — Les troubles sympathiques au cours de l'hémiatrophie faciale.....                                                           | 731 |
| RISER. — Les spasmes vasculaires en neurologie.....                                                                                      | 733 |
| H. SCHAEFFER. — Les états spasmodiques ou hypertoniques du releveur de la paupière supérieure dans les lésions cérébrales en foyer ..... | 733 |
| L. STERLING et Mme L. KIPMAN. — Un réflexe nou-                                                                                          |     |

(Suite du sommaire, page XII).

### 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 neurologiques et psychologiques. -- --  
Consultations tous les jours. Dr Guillerey, Médecin Directeur, Dr Duby, Dr Calame. Médecin consultant : Professeur d'Université Dr O. Löwenstein. -- -- -- --



# LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

## ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||  
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --  
-- -- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --  
Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES  
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

||| -- -- Divers ateliers très bien installés -- -- |||  
-- -- Etudes et leçons particulières dans l'établissement -- --  
-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --  
-- -- Trois tennis — Bains du lac — Equitation -- --

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

*Prix de pension variant suivant la nature du traitement  
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 25 par jour)*

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adr.sse télégraphique :  
RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { Administration : Nyon 95.442  
Service Médical : Nyon 95.441  
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecins-chefs { D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Doctent à l'Université de Genève ;  
D<sup>r</sup> R. de SAUSSURE, Privat-Doctent à l'Université de Genève.

- veau de la lèvre supérieure de la zone réflexo-  
gène ubiquitaire ..... 734
- C.-M. VILLAGA. — Ventriculo, encéphalo- et myélo-  
graphies avec le thorotrast ..... 734
- H. GOUGEROT. — Association de syphilis nerveuse  
et d'infection nerveuse à virus filtrant... 734
- F. SALAMERO et J. UNIA-MARINÉ. — Corps étranger  
intracérébral ..... 734
- F. MAYRI. — Rapports fonctionnels entre le corps  
callos et le cortex cérébral ..... 735
- Z. SIENKOWSKI. — Un cas d'hydrocéphalie exsu-  
dative ventriculaire, consécutive à un trauma-  
tisme ..... 735
- BRANDON CARAFFA et R. PUCHETA MORCILLO. —  
Kyste hydatique intra-dural..... 735
- P.-M. LEVIN. — Les aspects neurologiques de  
l'irido-parotidite ..... 735
- A. SALMON. — Le sinus carotidien dans le méca-  
nisme de la myasthénie pseudo-paralytique 736
- D. PAULIAN et I. BISTRICIANO. — Contributions à  
l'étude physio-pathologique des hémorragies  
cérébrales ..... 736
- Ch. DAVISON, S.-Ph. GOODHART et N. SAVITSKY. —  
Le syndrome de l'artère cérébelleuse supérieure  
et de ses branches..... 736
- L. BALLIP, I. LUNEVSKI et C. URZICA. — Maladie  
de Friedreich chez trois frères ..... 737
- J. BAZAN et F.-A. UHANGA IMAZ. — A propos d'une  
observation d'hémiplégie organique au cours  
de la grossesse..... 737
- J.-W. BECKMANN. — Aspects neurologiques de  
l'épidémie d'encéphalite de Saint-Louis : 737
- R.-H. THOMPSON. — Encéphalomyélite dissémi-  
née, consécutive à une névrite ascendante, 738
- E.-H. SCHIÖRTZ. — Angiomasose de l'encéphale et  
de la région du trijumeau avec calcifications  
intracranienues et épilepsie (syndrome vascu-  
laire encéphalo-trigéminal) ..... 738
- G. GIRAUD et J.-M. BERT. — La dystrophie osseuse  
de Morquio dans le cadre des hyperlaxités fa-  
miliales ..... 738
- G. MARINESCO et S. DRAGANESCO. — Formations  
télangiectasiques méningées avec processus an-  
gionaux intramédullaires ..... 739
- C. BRANDON CARAFFA et M.-J. PEIROTTI. — Forme  
rare d'arachnoïdite spinale. Amyotrophie du  
membre inférieur gauche ..... 739
- L. JABUREK. — Du diagnostic de l'obstruction du  
sac méningé médullaire sur la constatation du  
signe douloureux cervical ..... 739
- M. BINO. — Les traumatismes de la colonne ver-

(Suite du sommaire, page XIV).



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 D<sup>r</sup> 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



# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

|                                                                                                                                                                                  |     |                                                                                                    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| tébrale et les lésions du système nerveux                                                                                                                                        | 740 | neuromyérites épidémiques aiguës et subaiguës observées au Brésil                                  | 741 |
| E. BEHR et J. WUITE. — Myélite transverse ascendante                                                                                                                             | 740 | P. PINTO PUPO. — Neuromyérite aiguë d'Austregesilo                                                 | 741 |
| M. ELLERMAN. — Sclérose en plaques chez deux frères avec autopsies                                                                                                               | 740 | W. LOPEZ ALBO. — Polynévrite sensitivo-motrice arsénicale et syphilitique. Diagnostic différentiel | 742 |
| J. DECOURT et M. COSTE. — A propos du diagnostic du tabès fruste                                                                                                                 | 740 | <b>Médecine légale.</b>                                                                            |     |
| C. BRANDON CARAFFA et M.-J. PEIROTTE. — Polyarthropathie tabétique                                                                                                               | 741 | I. LUTZ. — Contribution à la notion de la responsabilité chez les adolescents et chez les enfants  | 742 |
| J.-A. CHAVANT et S. DAUM. — Tabes et perturbations neuro-végétatives paroxystiques. A propos des crises laryngées et de certaines crises vaso-motrices de l'extrémité céphalique | 741 | M. SCHACHTER. — Etude psycho-pathologique et criminologique à propos de l'enfance maltraitée       | 742 |
| A. AUSTREGESILLO et A. BORGES FORTES. — Les                                                                                                                                      |     |                                                                                                    |     |

## VARIÉTÉS

|                                                                                                 |     |                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------|-----|
| Société Médico-Psychologique :                                                                  |     | à l'Asile public autonome d'aliénés de Bordeaux                           | 741 |
| Séances                                                                                         | 743 | Assistance :                                                              |     |
| Asiles Publics d'aliénés :                                                                      |     | La fondation Rockefeller et la médecine mentale                           | 741 |
| Postes vacants                                                                                  | 743 | Réunions et Congrès :                                                     |     |
| Concours pour la nomination d'internes en médecine à l'Asile public d'aliénés d'Aix-en-Provence | 743 | Société suisse de Psychiatrie                                             | 744 |
| Concours pour 3 places d'interne en médecine                                                    |     | 2 <sup>e</sup> Congrès de Neuropathologie et de Psychiatrie de l'U.R.S.S. | 744 |

## INFORMATIONS

|                                                                                    |       |                                        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------|--------|
| Journées internationales de la santé publique (1 <sup>er</sup> au 10 juillet 1937) | xviii | Croisière médicale de Pâques en Orient | xxiv   |
|                                                                                    |       | Croisière helléno-latine               | xxviii |

## *Ecole du Docteur Henriette Hoffer*

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D<sup>r</sup> H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45



# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillérées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës 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.  
Déminalisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI 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

OLONOVSKI et NITZBERG

3 granules, ou 20 gouttes, 1 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchloxydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 1 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 1 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou  
Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychine et de Gènesérine.

3 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctgrs ( 1 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

# 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-8<sup>e</sup>





## 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).*

## 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

### JOURNEES INTERNATIONALES DE LA SANTE PUBLIQUE (1<sup>er</sup> au 10 juillet 1937)

Prendre l'être humain dès avant sa naissance, le suivre toute sa vie, étudier les maladies qui l'assailleront et dont l'hygiène et la prophylaxie le tiendraient à l'abri, mettre au point la question de la médecine préventive, définir le rôle que devront jouer les médecins et les sanitaires en matière de santé publique, en dehors de l'étatisation, la socialisation ou la fonctionnarisation, en collaborant avec les médecins hygiénistes et les fonctionnaires sanitaires, donner la parole à tous ceux qui veulent que soit réalisée la formule : « mens sana in corpore sano », tel est le but poursuivi par les « Journées Internationales et les Etats-Généraux de la Santé Publique » qui se tiendront du 1<sup>er</sup> au 10 juillet 1937 à l'occasion de l'Exposition Internationale et dans son enceinte.

(A suivre, page d'annonces XX).

## 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<sup>r</sup> H. BERSOT



**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 -

# Epilepsie

## ALEPSAL

**simple, sûr, sans danger**

Echantillons & Littérature  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

**JOURNEES INTERNATIONALES  
DE LA SANTE PUBLIQUE  
(1<sup>er</sup> au 10 juillet 1937)  
(suite)**

Tous les grands Comités, toutes les grandes Associations, Confédérations, Sociétés Savantes ou Professionnelles, Nationales ou Internationales ont bien voulu accorder leur patronage et leur concours à ces manifestations d'une très haute portée.

Pour réaliser le programme prévu, dix sections ont été créées :

- 1<sup>o</sup> Journées de la Maternité et de l'Enfance ;
- 2<sup>o</sup> Journées de médecine scolaire ;
- 3<sup>o</sup> Journées d'Hygiène, de Médecine et de Pharmacie militaires ;
- 4<sup>o</sup> Journées de la Marine militaire ;
- 5<sup>o</sup> Journées Médicales coloniales ;
- 6<sup>o</sup> Journées de la Marine marchande ;
- 7<sup>o</sup> Journées Médico-sociales ;
- 8<sup>o</sup> Journées d'hygiène dentaire ;

(A suivre, page d'annonces XXI).

**Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère)  
Près LYON**

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. GOURJON

**Direction médicale**

Dr Rémi GOURJON, 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.*



JOURNEES INTERNATIONALES  
DE LA SANTE PUBLIQUE  
(1<sup>er</sup> au 10 juillet 1937)

(suite)

- 9<sup>e</sup> Journées d'hygiène urbaine, rurale et sociale ;  
10<sup>e</sup> Journées d'aviation sanitaire.

Mais l'inscription dans une section quelconque donne droit à assister à toutes les conférences de toutes les sections, fêtes, visites, réceptions, gala, etc...

Le Comité d'organisation a comme président le professeur TAXON, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, et comme secrétaire général le docteur Georges BOYÉ, ancien interne des Hôpitaux de Paris.

A ces journées sont conviés tous ceux qui s'intéressent à la santé publique et qui en sont les artisans : médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, architectes, urbanistes, ingénieurs, techniciens sani-

(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

**D<sup>r</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES**

Ancienne Maison de Santé fondée par le D<sup>r</sup> Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

B\*

JOURNEES INTERNATIONALES  
DE LA SANTE PUBLIQUE  
(1<sup>er</sup> au 10 juillet 1937)

(suite)

taires, sages-femmes, travailleuses sociales, infirmières, surintendantes d'usines, etc...

Ils trouveront d'ailleurs dans le Comité d'honneur et le Comité d'organisation de leurs représentants qualifiés qui ont bien voulu accorder leur patronage.

Reconnaissant l'importance de ces journées, M. le ministre de la Défense Nationale a bien voulu accorder que soit comptée pour une période d'instruction la présence à ces manifestations des Officiers du Service de Santé.

Une exposition de produits pharmaceutiques, d'hygiène, de régime, etc., d'instruments, d'appareils, etc., est prévue, dont on fera connaître ultérieurement les modalités.

Des démonstrations seront faites dans les pavillons de l'Exposition.

(A suivre, page d'annonces XXIII).

## 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

(Crataegus -- 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 (17<sup>e</sup>)



**JOURNEES INTERNATIONALES  
DE LA SANTE PUBLIQUE**  
(1<sup>er</sup> au 10 juillet 1937)  
(suite)

Les congressistes participant à toutes les fêtes, visites, réceptions, etc., profiteront de tous les avantages obtenus : réductions sur les prix des voyages, entrées à l'Exposition, conditions spéciales dans les hôtels, etc..., recevront gracieusement en 1936 et 1937 la revue « L'Hygiène Sociale » qui s'est mise à la disposition du Comité d'organisation des journées pour publier dès maintenant programmes, communications, renseignements, rapports, comptes rendus, etc...

Renseignements et inscriptions au secrétariat général : 2, rue Chauchat, Paris.

Congressistes : 100 francs ; Familles des congressistes, étudiants, personnel des œuvres médico-sociales : 50 francs ; (Chèques, mandats, chèques postaux au nom du docteur PLANSON, trésorier, 164, rue de Courcelles, Paris, compte chèques postaux : Paris 1781-39).

(A suivre, page d'annonces XXIV).

**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 =====

## CROISIÈRE MÉDICALE DE PAQUES EN ORIENT

Sous les auspices de « *Bruxelles-Médical* » s'effectuera, du 18 mars au 6 avril 1937, à bord du paquebot de luxe « *Mariette Pacha* » (15.000 tonnes), une magnifique croisière en Sicile — Egypte — Palestine et Syrie, croisière dont l'itinéraire sera le suivant :

Marseille — Malte — Alexandrie — Le Caire — Port-Saïd — Caïfa — Nazareth — Tibériade — Beyrouth — Baalbeck — Damas — Jaffa — Jérusalem — Alexandrie — Messine — Taormina — Palerme — Marseille.

Le prix forfaitaire du voyage, comportant tous les frais de Mar-

(A suivre, page d'annonces XXVI).

-- PRODUITS --  
BIOLOGIQUES

CARRION

54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS-8<sup>e</sup>

--:-- ANJOU 36-45 (2 lignes)

# ANTASTHÈNE

Glycérophosphates  $\alpha$  et  $\beta$  — Extraits opothérapiques

Ampoules — **ASTHÉNIES** — Comprimés



III

## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



● **D<sup>r</sup> Marcel DHERS**

◆  
Climat toni-sédatif

MAISON

de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

●

III

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

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le D^r 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 -- ÉLECTRICITÉ -- 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.

CROISIÈRE MÉDICALE DE PAQUES
EN ORIENT

(Suite)

seille à Marseille, — exception faite seulement des pourboires à bord, des boissons dans les hôtels à terre et des dépenses personnelles, — a été fixé comme suit :

1^{re} classe et hôtels de luxe : 1.835 belgas.

2^e classe et hôtels de 1^{er} ordre : 1.375 belgas.

Bien que ces prix soient déjà particulièrement réduits (en 1935 les prix de la croisière en Orient, — qui ne comportait cependant pas d'escale en Sicile, — étaient respectivement de 2.106 et 1.505 belgas),

(A suivre, page d'annonces XXVII).

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

CROISIÈRE MÉDICALE DE PAQUES EN ORIENT

(Suite)

une réduction de 5 0/0 (cinq pour cent) sera consentie aux docteurs en médecine ainsi qu'à leurs femmes et enfants célibataires, pour autant que l'inscription soit prise à l'adresse indiquée ci-dessous.

Ajoutons que, si la croisière doit s'effectuer quel que soit le nombre des participants, le nombre des voyageurs sera cependant limité à 200.

Pour tous renseignements complémentaires et les inscriptions, prière de s'adresser à : *Bureau des Croisières et Voyages médicaux*, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

(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, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémisés, 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 ENTRAÎNEMENT 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** ●

CROISIÈRE HELLENO-LATINE

LE XXIV^e CENTENAIRE D'HIPPOCRATE, A COS, ATHÈNES, EPIDAURE

L'Union médicale latine a projeté de fêter, l'été prochain, HIPPOCRATE, le plus grand médecin de l'Antiquité, au pays de sa naissance, à Cos, puis à Athènes et à Epidaure.

Cette croisière aura lieu sous les auspices de l'U.M.F.I.A. et d'un grand nombre de personnalités de la médecine de la Grèce et de la Latinité.

Pour tous renseignements s'adresser à M. DARTIGUES, bureau de l'U.M.F.I.A. ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (16^e).



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D^r 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 : **D^r OLIVIER**

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

SOMMAIRE DU N° 5 (tome II), DÉCEMBRE 1936

MÉMOIRES ORIGINAUX

- G. HEUYER et M^{lle} COURTHIAL. — Les tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile..... 745
- P. DICKMEISS. — Les facteurs étiologiques exogènes dans les psychoses maniaco-mélancoliques particulièrement en connexité avec l'encéphalite épidémique chronique..... 769
- G. GASSIOT et J. LECLERC. — Psychose périodique et schizophrénie chez deux sœurs..... 779
- Mares CAHANE et T. CAHANE. — Sur un cas de mélancolie associé à un syndrome fruste de Simmonds. Le rôle de l'hypophyse dans certaines dépressions..... 798

(Suite du sommaire, page II).

CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES

DIRECTEUR: D^r Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
— Médecin-adjoint: D^r Charles GRIMBERT —

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



INSTALLATION
DE
premier ordre
Notice sur demande
2, rue Dispan
L'HAY-LES-ROSES
(SEINE)
TÉLÉPHONE: 6

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
— CURES DE DÉSINTOXICATION —
— DE REPOS ET DE RÉGIMES —

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 10 décembre 1936

- J. CAPGRAS et G. DAUMÉZON. — Syndrome de Cotard atypique 806
 X. ABÉLY et FRETET. — Un cas de contraction hystérique guérie au bout de 29 ans 812
 P. COURBON et J. CHAPOULAUD. — Uxoricide par échec du suicide collectif conjugal d'un alcoolique 819
 P. GUIRAUD et H. EY. — Diagnostic clinique et examen anatomique d'un cas de maladie de Pick 823
 GOURIOU et SCHERRER. — Démence sénile avec méningiome latent 831
 GOURIOU et SCHERRER. — Tumeur cérébrale probable. Ralentissement psychique extrême. Troubles d'apparence artériopathique. Long début à type dépressif 835
 GOURIOU, GUIRAUD et SCHERRER. — Tumeur du 3^e ventricule à troubles mentaux prédominants 842
 GOURIOU et J.-F. BUVAT. — Syndrome cérébelleux avec hypotonie musculaire prédo-

minant aux membres inférieurs. Dissociation albumino-cytologique. Tumeur cérébrale ou infection à virus neurotrope (?) chez une délirante à début puerpéral, évoluant par poussées 848
 GOURIOU et SCHERRER. — Astrocytome du lobe frontal gauche et troubles mentaux 851

Séance du lundi 28 décembre 1936

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

- Adoption du procès-verbal 855
 Correspondance 855
 Election de trois membres titulaires honoraires 856
 Election d'un membre correspondant national 856
 Rapport de la Commission des finances 856
 Bulletin de la Société 857
 Rapport du Secrétaire général 857
 Election du Bureau pour l'année 1937 859

(Suite du sommaire, page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD
 MÉDECIN ASSISTANT : D^r Paul CARRETTE

Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition



Psycho-
névroses
Intoxica-
tions
Convales-
cences

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 D^r 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 :

D^r FILLASSIER O. * ✻ D^r DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1937	860
Conseil d'Administration	860
Commission des Finances	860
Prix de la Société Médico-Psychologique	861

SÉANCE ORDINAIRE

J. RONDEPIERRE et J.-R. CUEL. — Volumineuse tumeur cérébrale et troubles mentaux à début très ancien	861
TRILLOT, DUCOUDRAY et RAUCOULES. — Mort subite au cours de l'alimentation artifi-	

cielle par la sonde œsophagienne ..	867
TRILLOT et DUCOUDRAY. — Hallucinations visuelles projetées et dessinées chez une délirante chronique	872
Th. SIMON et DELAVILLE. — Les échanges respiratoires chez les alcooliques après ingestion d'alcool	881
H. ROGER, J. ALLIEZ et J.-E. PAILLAS. — Une chirurgieomane	883
P. COURBON. — La douleur physique dans les états émotionnels et les états mentaux	890

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 3 décembre 1936

L. BABONNEIX et J. LHERMITTE. — Arriération mongolienne et méningite gommeuse de la base de l'encéphale	897
SOUQUES. — Névralgie du plexus lombaire survenue brusquement au cours d'un effort....	897
BARRÉ. — Syndrome pseudo-myopathique avec troubles pyramidaux	898
P.-R. BIZE. — Réflexe de sursaut à grande diffusion et d'inhibition impossible chez deux enfants atteints d'encéphalopathie congénitale	898

Mathieu-Pierre WEIL et Victor OUMANSKY. — Par-kinsonisme traumatique	898
GARCIN, VARRAY et HADJI-DIMO. — Maladie de Paget accompagnant un syndrome neurologique	899
A. DELILLE, J. LHERMITTE et LESOBRE. — Ramollissement cérébral hémorragique chez un enfant atteint de malformations cardiaques.....	899
Th. ALAJOUANINE, Th. HORNET, BOUDIN et FAULON. — Polyradiculonévrite infectieuse avec dissociation albumino-cytologique. Etude anatomoclinique	899

(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 VÉSINET 12

DAVID. — Arachnoïdite syphilitique de la grande citerne	900
PUECH. — Deux cas de tumeurs de l'hypophyse sans troubles visuels	900
L. RIMBAUD, G. ANSELME-MARTIN et H.-L. GUIBERT. — Encéphalite pneumococcique.....	900

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 28 novembre 1936

HOVEN. — A propos d'encéphalite épidémique	901
MUYLE. — Etude du liquide céphalo-rachidien des déments précoces.....	901
MUYLE et THIESPONT. — A propos de quelques cas d'oxycéphalie	901

Séance du 19 décembre 1936

J. LAMSEN. — Psychoses précocissimes. Présentation de malades.....	902
--	-----

Société belge de Neurologie

Séance du 28 novembre 1936

RADERMECKER. — Crampe tonique	903
DUJARDIN. — Deux cas de myélite-cécité.....	903
D'HOLLANDER et STOFFELS. — Nouveau procédé de localisation pour les recherches sur le cortex cérébral. Le palliogramme	903
ANSAY. — Contribution à l'étude du syndrome polyradiculonévritique de Guillain et Barré chez l'enfant	904

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Réunion mensuelle
tenue à Bruxelles le 20 décembre 1936

L. DE WALSCHÉ. — L'exophtalmie unilatérale (partie ophtalmologique)	905
J. LEY. — L'exophtalmie unilatérale en neurologie	907

(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 30.000 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

D^{rs} 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

SAINT-REMY

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 -- --

-- **D^r P. ALLAMAGNY** --

avec la collaboration du D^r VIGNAUD,
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Histoire de la psychiatrie.

H. MERGE. — Gaufridy 919

Psychiatrie.

Ch. BLONDEL, C. PFERSDORFF, C. WEISSHEYER, O. ROTHENHÖFER et Eug. GELMA. — Travaux de la clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg (Dir. Prof. Pfersdorff) 911

P. ROTH. — Le sort du délire dans 16 cas de psychoses hallucinatoires chroniques (paraphrénies et schizophrénies) observés à l'asile de Stépriansfeld (durée des maladies variant de 9 à 37 ans) 913

H. ÜLRICH. — Associations épileptiques et associations schizophréniques..... 914

Ch. WEISSHEYER. — Un cas de tumeur du lobe frontal droit intéressant le noyau caudé... 914

R. FRÉTIGNY. — L'autisme mythomane..... 915

Neurologie.

Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. — Les spasmes de la face et leur traitement..... 915

Biologie.

H. JESSEN. — Cytologie du liquide céphalo-rachidien normal chez l'homme..... 916

Assistance.

H. BERSOT. — Que fait-on en Suisse pour les malades nerveux et mentaux ?..... 917

Médecine légale.

O. ROTHENHÖFER. — Inhibition psychique avec conséquences médico-légales 918

E. VOWINCHEL. — La loi de stérilisation et le dépistage des états d'indigence intellectuelle chez les enfants à l'aide des tests de développement de Bühler-Hetzer 918

JOURNAUX ET REVUES

Anatomie.

R.-J.-A. BERRY. — Quelques anomalies de structure présentées par les cerveaux de trente-et-un arriérés 919

J. KASANIN, R.-P. CRANK, D.-E. NOBLE et A.-C. RIVARD. — Un cas de calcification progressive du

(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.



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
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la
==== NUTRITION =====

Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie.

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans
la suppression des bruits.

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux
familles.

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre.

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine d'étiquette.
Laboratoires d'analyses.

Distractions Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Tous les sports Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite.

Administrateur Directeur : I. TARTAKOWSKY

cerveau. Localisation élective sur les plus petits vaisseaux sanguins cérébraux	919
Ch. DAVISON. — Gliose des lobes occipitaux dans les chorées	919
G. ROUSSY et M. MOSINGER. — Le subthalamus et les formations subthalamo-mésencéphaliques	920
P. HILLEMANT, J.-A. CHAVANY et O. TRELLES. — Le problème anatomique du nystagmus du voile du palais	920
I.-J. TARASSIÉWITCH et W. MICHÉJEW. — Névrite hypertrophique et progressive	920
CORDIER, COULOUMA et VON VARSEVELD. — L'anatomie et l'importance clinique du nerf biradicalaire	920

Biologie.

H.-W. NEWMAN. — Les injections intra-veineuses d'alcool. Quelques effets psychologiques et psychopathologiques chez l'homme	921
P.-G. SCHUBE. — Etude de la valeur des théories de Bancroft sur les maladies mentales	921
A.-T. BRICE. — Le taux du glutathion sanguin dans les maladies mentales	921
J.-J. MICHAELS. — Aspects neuropsychiatriques du calcium considéré du point de vue des troubles divers de la personnalité	922
E.-F. GILDEA, V.-L. MAILHOUSE et D.-P. MORRIS. — Rapports des divers états de troubles émotionnels avec les variations de la glycémie	922

A. BECK, W. OGDEN et M. WHELEN. — Les agglutinations de bactérium coli par le sérum des malades mentaux, spécialement des schizophrènes	923
A. BECK, W. OGDEN et M. WHELEN. — Etudes expérimentales sur les relations de la schizophrénie et de la tuberculose	923
A.-T. BRICE. — Les graisses du sang dans la schizophrénie	923
M. KACZYNSKI et C. SZCZYTT. — Variations de la chronaxie vestibulaire sous l'influence de certains produits pharmaceutiques chez les aliénés	923

Endocrinologie.

M. SCHÄCHTER. — Nos connaissances actuelles concernant l'épiphyse	924
M. MARINESCO, N. JONESCO-SIZESTI et G. ALEXIANO-BUTTU. — Sur un cas de gigantisme. Considérations sur les relations entre le gigantisme et l'acromégalie	924
L. GUNTHER et C.-B. COURVILLE. — Cachexie hypophysaire, maladie de Simmonds, avec atrophie du lobe antérieur de la glande pituitaire	925
H. BRANTMAY. — Remarques sur le rôle de l'hypophyse en psychiatrie infantile	925
C. FISCHER, W.-R. INGRAM et S.-W. RANSON. — Les rapports du système hypothalamico-hypophysaire avec le diabète insipide	925

(Suite du sommaire, page XII).

CLINIQUE « LA MÉTAIRIE »

-- -- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. Nyon 95.626 -- --



TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES. TOUTES DÉSINTOXI-
CATIONS. CONVALESCENCES ET RÉ-
GIMES. CURES DE REPOS ET D'ISO-
LEMENT. SÉJOURS D'OBSERVATION

EXAMENS ET EXPERTISES NEUROLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DANS INSTITUT SPÉCIALISÉ

-- -- Consultations tous les jours. -- --
D^r GUILLEREY, Médecin Directeur
(Consultations à Lausanne, Grand-Chêne, 2, lundi
et jeudi sur rendez-vous. Tél. : Lausanne 32.434).
D^r Duby, D^r Calame. Médecin consultant :
Professeur d'Université D^r O. Loewenstein.

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --
||| Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares |||



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

		-- -- Divers ateliers très bien installés -- --		
		Etudes et leçons particulières dans l'établissement		
		-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --		
		-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --		

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

*Prix de pension variant suivant la nature du traitement
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 25 par jour)*

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :
RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { Administration : Nyon 95.442
Service Médical : Nyon 95.441
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecins-chefs { D^r O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève ;
D^r R. de SAUSSURE, Privat-Docent à l'Université de Genève.

- L. BARRAQUER-FERRÉ. — Lipodystrophie progressive. (Syndrome de Barraquer-Simons)... 926
R. LEBICHE et A. JUNG. — Recherche sur la nature de la sclérodémie. Les traductions tissulaires de l'hyperparathyroïdisme dans la sclérodémie. Ostéolyse. Surcharge calcique de la peau. Signification des chiffres indiquant la teneur en calcium du sérum et des urines..... 926

Hygiène et prophylaxie.

- C. BRUGGER. — La natalité chez les arriérés congénitaux 926
G. PAUL-BONCOUR. — Le problème du dépistage et du traitement des enfants déficients des écoles primaires 927
G. HEUYER. — L'orientation intellectuelle et professionnelle de l'enfant à l'âge scolaire... 927
M. ALEXANDER. — Les offices de réadaptation sociale et le reclassement par le travail en Belgique 927
L. DAUTREBANDE. — La paralysie du système vasomoteur par les solvants volatils industriels (benzol, éther de pétrole, acétate d'amyle, vernis cellulose) 928
A.-W. HACKFIELD. — Résultats favorables de la castration thérapeutique dans les cas de réactions antisociales habituelles des pervers sexuels 928
C.-G. CAMPBELL. — La politique raciale allemande 928

Thérapeutique.

- Ch. FLANDIN. — Le traitement des comas barbituriques 928
M. et T. CAHANÉ. — Contribution à l'étude de l'encéphalite psychosique azotémique. Essai d'un traitement 929
P. TOMESCO et I. CONSTANTINESCO. — Contribution à l'étude et au traitement de l'encéphalite psychosique subaiguë 929
C.-O. FERRER. — Traitement de la mélancolie et de la dépression mélancolique par l'hématoporphyrine 929
E.-A. STRECKER, H.-P. PALMER et F.-G. BRACELAND. — L'hématoporphyrine comme agent thérapeutique dans les psychoses 929
C.-O. FERRER et E. BRINGAS-NUNEZ. — Dépression mélancolique et hématoporphyrine..... 930
R. KRAJNIK. — Les principes d'une nouvelle thérapeutique des toxicomanes..... 930
J. HAMEL. — Traitement d'états toxi-infectieux accompagnés de délire général avec excitation cérébrale par l'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol 930
J.-G. YASKIN. — Le traitement du torticolis spasmodique et spécialement sa psychothérapie. Observation d'un cas 930
Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. — L'hémispasme facial périphérique et son traitement.... 931

(Suite du sommaire, page XIV).

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D^r H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

1, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

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

V. ASEGAARD. — Traitement par l'atropine à hautes doses des séquelles de l'encéphalite épidémique chronique	931	belladone du parkinsonisme post-encéphalitique	932
G. MARINESCO et E. FAGAN. — L'atropine à doses progressives et fortes dans le traitement des troubles post-encéphaliques.....	931	P. TEITELBAUMS. — Hallucinations dans un cas de syndrome parkinsonien encéphalitique après administration de scopolamine	932
C. MODONESI. — La cure à base d'atropine et de		V.-J. DEIANOW. — Traitement de l'encéphalite épidémique par le manganèse.....	932

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :		Service de Santé militaire :	
Séances	933	Nomination	934
Légion d'honneur	933	Hôpital Psychiatrique de Blida :	
Asiles publics d'aliénés :		Poste vacant	934
Nomination	933	Maisons de Santé psychiatriques :	
Postes vacants	934	Une longue carrière	935
Hôpital Henri-Rousselle :		Académie de Médecine :	
Nomination	934	Prix décernés en 1936 par l'Académie de Médecine	935
Ecole de préservation :			
Nomination	934		

INFORMATIONS

XI ^e Congrès International de Psychologie.. XVIII	III ^e Session des « Journées médicales de Paris » du 26 au 30 juin 1937.....	XXV
I ^{er} Congrès International de Pyrétothérapie. XIX		
Congrès de Médecine et de Pharmacie militaires de Bucarest (2-10 juin 1937).....		XXII

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

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4

— PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié
Une cuillerée 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.

GÉNIHYOSCYAMINE

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.

GÉNOSTRYCHINE

POLONOVSKI et NITZBERG

ou
Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génomorphine et de Gènesérine.

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 Ctrs (2 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Ctrs.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

TRAITEMENT DES ÉTATS SPASMODIQUES

PRESCRIT À DOSES FAIBLES
FRACTIONNÉES
RÉPÉTÉES

le
GARDÉNAL

COMPRIMÉS À 0 gr. 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 (8^e)



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).

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

XI^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE

Le Comité d'organisation espagnol a dû, en raison des circonstances, renoncer à la réunion à Madrid, en 1937, du XI^e Congrès international de Psychologie. La décision de la majorité des membres du Comité a été de réunir, en 1937, le XI^e Congrès à Paris.

Un Comité d'organisation a été constitué, et une circulaire sera prochainement adressée, donnant tous renseignements utiles, le programme restant, dans les grandes lignes, celui qui avait été établi par le Comité espagnol.

La date est dès maintenant fixée. Le XI^e Congrès international de Psychologie se tiendra à Paris du 25 au 31 juillet 1937, sous la présidence d'honneur du Professeur Pierre JANET.

Le Président du Comité d'organisation est M. Henri PIÉRON, le secrétaire général, M. I. MEYERSON. Le secrétariat du Congrès est situé au Laboratoire de Psychologie de la Sorbonne, Paris (5^e).

(A suivre, page d'annonces XIX).

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
Malaria-thérapie

—
MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résident
au Château

D^r H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

I^{er} CONGRÈS INTERNATIONAL DE PYRÉTHÉRAPIE

D^r William BIERMAN, *secrét. gén.*, 471, Park-Avenue, New-York
Columbia University New-York (29, 30, 31 mars 1937)

Sous le haut patronage de M. le Ministre de la Santé Publique

Comité français : M. le P^r D'ARSONVAL, *Président d'honneur* ; M. le P^r ABRAMI, *Président*.

Secrétariat général : MM. les D^{rs} André HALPHEN, J. AUCLAIR,
222 bis, rue Marcadet, Paris (18^e).

Membres du Comité : MM. ALAJOUANINE, BINET, CLAUDE, JANET, LAR-
DENNOIS, LAUBRY, LEVADITI, GOUGEROT.

(A suivre, page d'annonces XX).

Établissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

Direction médicale

D^r Rêmi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-
Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.
D^r 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^o 5, ou à Lyon, Cabinet du D^r Rêmi Courjon, 4, rue
Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél.
Franklin 07-28.

I^{er} CONGRÈS INTERNATIONAL DE PYRÉTHÉRAPIE

(Suite)

M. le Professeur CLAUDE, chargé de présenter au *Premier Congrès International de Pyrétothérapie* (New-York, 29-31 mars 1937) les communications européennes et de faire rédiger un rapport sur :

PYRÉTHÉRAPIE EN PSYCHIATRIE,

prie les confrères français et étrangers, qui ont fait des travaux sur la question, de bien vouloir lui envoyer leurs publications au *secrétariat général*. [D^r A. HALPHEN et J. AUCLAIR, 222 bis, rue Marcadet, Paris (18^e)].

(A suivre, page d'annonces XXI).

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, anémisés, 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 ENTRAÎNEMENT 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** ●

I^{er} CONGRÈS INTERNATIONAL DE PYRÉTHÉRAPIE

(Suite)

M. le Professeur agrégé ALAJOUANINE, chargé de présenter au *Premier Congrès International de Pyrétothérapie* (New-York, 29-31 mars 1937) les communications européennes et de faire rédiger un rapport sur :

PYRÉTHÉRAPIE EN NEUROLOGIE,

prie les confrères français et étrangers, qui ont fait des travaux sur la question, de bien vouloir lui envoyer leurs publications au *secrétariat général*. [D^{rs} A. HALPHEN et J. AUCLAIR, 222 bis, rue Marcadet, Paris (18^e)].

(A suivre, page d'annonces XXII).



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

B*

**CONGRÈS DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE MILITAIRES DE BUCAREST
(2-10 juin 1937)**

Voyage spécial en Europe Centrale

Le Comité permanent des Congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires organise, à l'occasion du Congrès qui doit se tenir à Bucarest du 2 au 10 juin 1937, un voyage en Europe Centrale, voyage dont le départ de Paris a été fixé au dimanche 23 mai prochain.

Les personnes prenant part à ce voyage suivront l'itinéraire ci-après : Paris, Venise, Trieste, Brioni, Pola, Zara, Spalato, Dubrovnik (Raguse), Cettigné, Cattaro, Serajevo, Mostar, Belgrade, le Danube (de

(A suivre, page d'annonces XXIII).

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 (17^e)

**CONGRÈS DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE MILITAIRES DE BUCAREST
(2-10 juin 1937)**

(Suite)

Belgrade à Turn-Severin par les Portes de Fer), Bucarest, et retour Bucarest-Paris direct, ou Bucarest-Paris avec arrêts à Budapest et Vienne.

Le prix forfaitaire comprenant tous les frais de Paris à Bucarest (sauf le déjeuner et le dîner dans cette dernière ville) a été fixé à 1.820 belgas, billet de retour Bucarest-Paris inclus, avec wagons-lits.

La variante permettant de passer deux jours à Bucarest et deux jours à Vienne comporte un supplément de 205 belgas.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

**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

CONGRÈS DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE MILITAIRES DE BUCAREST
(2-10 juin 1937)

(Suite)

Il convient d'ajouter que, le trajet Venise-Dubrovnik s'effectuant par mer et le parcours Belgrade-Turn-Severin par le Danube, le nombre des inscriptions est strictement limité à 150.

Des personnes n'appartenant pas au corps médical pourront s'inscrire au voyage si elles sont recommandées par un membre du Congrès et si leur adhésion est acceptée par le Comité permanent.

Pour tous renseignements complémentaires et pour les inscriptions, s'adresser au *Bureau des Croisières et Voyages Médicaux*, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

(A suivre, page d'annonces XXV).

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT
NEURASTHÉNIQUE

6, rue Abel - PARIS (12^e)



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

III^e SESSION DES « JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS »

DU 26 AU 30 JUIN 1937

Le Comité permanent des *Journées Médicales de Paris* vient de décider d'organiser, à l'occasion de l'Exposition Internationale de 1937, des *Journées* qui rappelleront, dans leurs lignes générales, celles des deux premières sessions (1926 et 1929) et qui réuniront les médecins civils, militaires de terre et de mer, les pharmaciens, les vétérinaires et les biologistes, physiciens et chimistes français et étrangers.

Elles seront *présidées* par le professeur CARNOT.

Les *Vice-Présidents* seront : les médecins généraux-inspecteurs ROUVILLOIS et MORVAN, les professeurs PERROT et GORIS, les professeurs LECLAINCHE et NICOLAS.

Secrétaire général : M. le docteur HENRI GODLEWSKI.

Secrétaire général adjoint : M. le docteur PIERRE-BOURGEOIS, avec le

(A suivre, page d'annonces XXVI).

NEURINASE

*amorce le
sommeil naturel*

Insomnie
Troubles nerveux

Ech. 2° & Littérature
LABORATOIRES GENEVRIER
2 Rue du Débarcadere PARIS

III^e SESSION DES « JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS »
DU 26 AU 30 JUIN 1937

(Suite)

patronage et le concours du Comité de rédaction de la *Revue Médicale Française*.

Le Comité Français des Expositions a bien voulu se charger, comme pour les sessions précédentes, de l'organisation des expositions habituelles, et en a confié la direction à M. Jean FAURE.

Les matinées seront consacrées, suivant la tradition, aux démonstrations pratiques, organisées dans les hôpitaux civils et militaires, ainsi que dans les Ecoles et Instituts de biologie, et grouperont toutes les branches de l'activité médicale.

Les séances de l'après-midi seront réservées à l'étude pratique du sujet suivant : *Hormones et thérapeutique endocrinienne*.

Première journée : L'hypophyse.

Deuxième journée : Les glandes génitales.

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.



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 : D^r A. Koller — Médecin-Adjoint : D^r Ch. Barbezat

PROSPECTUS

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le D^r 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.

III^e SESSION DES « JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS »
DU 26 AU 30 JUIN 1937



(Suite)

Troisième journée : Les thyroïdes, parathyroïdes et surrénales.

Quatrième journée : Le foie, le pancréas et le thymus.

Ces séances de l'après-midi auront lieu dans l'enceinte de l'Exposition Internationale, à proximité des stands réservés aux exposants des *Journées Médicales*.

Il est prévu un programme de fêtes aussi brillantes que pour les *Journées* de 1926 et de 1929. Ce programme sera publié ultérieurement.

Tous ceux, étudiants, médecins, pharmaciens, vétérinaires et biologistes, désireux de s'intéresser aux *Journées Médicales de Paris, 1937*, sont priés de s'adresser au Service des *Journées Médicales* : **Revue Médicale Française**, 18, rue de Verneuil, Paris (7^e).

Cotisations : 50 francs ; 30 francs pour les membres de la famille du congressiste et les étudiants.



VILLA LUNIER
à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D^r 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 : D^r OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

